Rok IV. Warszawa, Kwiecień 1925 r. № 2.

KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE

WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA.

Z PRACOWNI ANATOMOPATOLOGICZNEJ SZPITALA
(KIEROWNIK C. JASTRZĘBSKI).

Przyczynek do anatomji więzadeł niestałych w jamie brzusznej.

Podał
C. Jastrzębski.

Odmiany otrzewny pod względem jej wykształcenia i stosunku do narządów jamy brzusznej są bardzo częste. Jest to wynikiem przedewszystkiem niezmiernie skomplikowanego rozwoju otrzewny i jej pochodnych, a ten może ulegać rozmaitym zboczeniom, zależnym zarówno od przyczyn wewnętrznych — konstytucyjnych, jak i zewnętrznych: spraw chorobowych, działania czynników mechanicznych i t. p. Wobec tego wyjaśnienie pochodzenia pewnych odmian w kształtowaniu się otrzewny jest bardzo trudne, a w poszczególnych przypadkach nawet niemożliwe. Należy zawsze pamiętać, że otrzewna we wczesnych okresach rozwoju posiada, narówni z innemi tkankami zarodka, wielkie zdolności plastyczne, dzięki którym po przebytych sprawach patologicznych może nie pozostać żadnych uchwytnych śladów, prócz ograniczonych zrostów.

Do grupy odmian otrzewny, które nie dają się wytłumaczyć za pomocą prawidłowej historji rozwoju, należą tak zwane więzadła niestałe. Są to błony, względnie fałdy otrzewny,

które łączą pomiędzy sobą poszczególne narządy jamy brzusznej. Długość i szerokość tych błon waha się zależnie od ich rozmiarów oraz odległości, którą pomiędzy narządami przebiegają.

Do najczęściej spotykanych więzadeł niestałych należą więzadła: pęcherzykowo-okrężnicze (*lig. cystico-colicum*) i wątrobno-okrężnicze (*lig. hepato-colicum*). Niezmiernie zaś rzadko spotyka się t. zw. błonę Jacksona (*membrana Jacksonii*). Błona ta przebiega między jelitem ślepym z wyrostkiem robaczkowym i jelitem wstępującym, z jednej strony, a sąsiednią częścią jelita poprzecznego z drugiej strony. Błona Jacksona bywa cienka; przeświecające i liczne naczynia krwionośne przebiegają w niej równolegle do siebie, lecz w kierunku poprzecznym do osi podłużnej wymienionych części jelita grubego. Jackson sam uważał tę błonę za twór, powstały naskutek organizacji zrostów otrzewny (1909). Nie wszyscy jednak autorowie zgadzają się ze zdaniem Jacksona; są także i tacy, którzy uważają tę błonę za odmianę rozwojową.

W swej praktyce anatomicznej, obejmującej przeszło cztery tysiące sekcji, stwierdzałem dość często więzadła pęcherzykowo- i wątrobno-okrężnicze. Błony Jacksona nie spotkałem ani razu. Natomiast jeden raz stwierdziłem obecność więzadła, o którem w dostępnym mi piśmiennictwie wzmianek nie znalazłem. Ze względu na prawdopodobną rzadkość spostrzeżeń tego rodzaju uważam za słuszne opisać ten przypadek chociażby w krótkim zarysie.

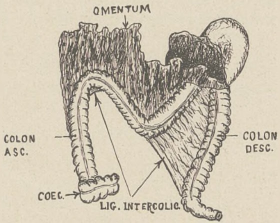
20.XII.1924 r. w prosektorjum Szpitala podczas sekcji anatomopatologicznej, dokonanej na zwłokach kobiety lat 46, psychicznie chorej, znaleziono: trzewia jamy brzusznej były ułożone prawidłowo; poprzecznica miała kształt litery V; sieć większa była miernej wielkości; przyczepy jej do okrężnicy po stronie prawej sięgały prawie do połowy jelita wstępującego, po stronie zaś lewej—przykrywały zgięcie śledzionowe. Wątroba, pęcherzyk żółciowy i śledziona były bez zrostów patologicznych. Pętle jelit cienkich pokrywała gładka, lśniąca otrzewna. Jelito ślepe było wolne tylko w części końcowej i było ustawione w kierunku czołowym. Wyrostek robaczkowy krótki, cienki i zrośnięty z tylną powierzchnią jelita ślepego. Jelita wstępujące i zstępujące krezek nie posiadały. Esica niewielka. Narządy miednicy małej były bez zrostów.

Pętle jelita cienkiego (czczego), znajdujące się pomiędzy prawą połową jelita poprzecznego i jelitem zstępującym, były przykryte

cienką przeświecającą, gładką błoną, która bez wyraźnych granic przechodziła w otrzewnę poprzecznicy i jelita zstępującego wzdłuż ich taśmy wolnej. Zrostów pomiędzy błoną a pętlami jelita, które znajdowały się w wytworzonym przez nią głębokim zachyłku, nlema.

Po usunięciu z jamy brzusznej jelita cienkiego okazało się, że opisana błona miała kształt trójkąta, którego brzeg wolny, czyli podstawa, przebiegała prawie od środka poprzecznicy aż do dolnego końca jelita zstępującego. Brzeg ten był gładki, równy i wynosił około 10 cm. długości. Długość każdego z dwuch brzegów bocznych, zrośniętych z okrężnicą, równał się prawie 15 cm. (p. rys.).

Naczynia krwionośne przebiegają równolegle do podstawy trójkąta, lecz prawie poprzecznie do osi podłużnej poprzecznicy i jelita zstępującego. W pewnych miejscach, w pobliżu jelita zstępującego, pomiędzy naczyniami, były zgrubienia błony, spowodowane większym rozwojem tu tkanki tłuszczowej. Ani stwardnień, ani zgrubień tej błony o charakterze bliznowatym nigdzie nie stwierdzono.



W okolicy zgięcia prawego okrężnicy, pomiędzy jelitem wstępującym a prawym końcem poprzecznicy, istnieje cienki fałd otrzewny, którego wysokość nie przekraczała jednak 1 cm.

W błonie śluzowej jelit grubych, z wyjątkiem kilku drobnych i powierzchownych owrzodzeń w jelicie ślepym, innych zmian nie wykryto. Badanie drobnowidzowe skrawków wyłączyło tu jakiekolwiekbądź sprawy patologiczne swoiste. Wyrostek robaczkowy nie był drożny.

Zestawiając powyżej przytoczone dane, stwierdzamy pod względem anatomicznym obecność:

a) niewielkiego fałdu otrzewnej w okolicy prawego zgięcia okrężnicy i

b) dużej błony, naciągniętej pomiędzy poprzecznicą a jelitem zstępującym.

Pod względem zaś anatomopatologicznym stwierdzono: zarośnięcie wyrostka robaczkowego, zrosty jego z jelitem ślepym, a w nim kilka nieswoistych owrzodzeń.

Już na podstawie tych niepełnych danych można powiedzieć, że pomiędzy zmianami anatomopatologicznemi a odmianami anatomicznemi w danym przypadku związku przyczynowego nie było. Nie ulega wątpliwości, że zrosty wyrostka robaczkowego i owrzodzenia w jelicie ślepym są nabytkiem znacznie późniejszym.

A zatem, fałd i błona, opisane wyżej, są albo wadą rozwojową, albo skutkiem bardzo dawnej sprawy patologicznej, przebytej prawdopodobnie jeszcze w okresie życia płodowego.

Porównywając błonę, wykrytą w naszym przypadku z tak zwaną błoną Jacksona, stwierdzamy, że pod względem budowy i rozległości przyczepów są one bardzo podobne, lecz różnią się umiejscowieniem swoim. Można więc przypuszczać, że i przyczyny powstawania ich są jednakowe.

Lecz przed wypowiedzeniem wniosków ostatecznych uprzytomnijmy sobie niektóre fakty z embryologji, które dotyczą powstawania więzadeł w jamie brzusznej, oraz poszukajmy odpowiednich danych anatomoporównawczych.

Pod względem embryologicznym więzadła typowe w jamie brzusznej można podzielić na pierwotne i wtórne.

Do pierwszych należą krezki i ich pochodne, natomiast więzadła wtórne powstają przez zrosty przylegających do siebie powierzchni otrzewnej (np. więzadło żołądkowo-okrężnicze). Zaznaczyć tu jednak trzeba, że otrzewna w okresie kształtowania się posiada dużą zdolność do zrostów. Dzięki temu, np. dwunastnica oraz części okrężnicy (wstępująca i zstępująca), tracą zupełnie swoje krezki, które całkowicie zlewają się z otrzewną ścienną. Pozatym można wydzielić jeszcze jeden rodzaj więzadeł, które powstają przez wpuklanie się otrzewnej do jamy brzusznej. Powodem do tego służą bądź naczynia krwionośne, przebiegające pod otrzewną (więzadła pęcherza moczowego i macicy), bądź wiązki mięsne, jak np. w więzadle maciczno-krzyżowym i w więzadle kątniczo-kręt niczym (Luschka, Told, Testut).

Z tego wynika, że nawet stałe więzadła w jamie brzusz-

nej są pochodzenia niejednakowego i powstanie pewnej grupy ich może odbywać się także drogą zrostów otrzewny.

Dane anatomoporównawcze, dotyczące małp, wykazują obecność więzadeł, które dla jednych gatunków są stałe, gdy inne gatunki więzadeł nie posiadają. V. Loghem (1905) opisał np. stałe więzadło, które znajduje się pomiędzy ramionami pętli jelita grubego wstępującego i jest charakterystyczne dla całego szeregu małpozwierza (*lemur macaco, stenops gracilis* i inne). Więzadło to v. Loghem nazwał *ligamentum ansacolicum*.

Poszukiwania własne, dokonane wspólnie z dr. J. Grzybowskim na małpach w Zakładzie Anatomji Opisowej Uniwersytetu Warszawskiego, dały mi możność potwierdzić wyniki, otrzymane przez v. Loghema. Więzadło te znaleźliśmy u małpozwierząt, gdy u gatunków, stojących pod względem organizacji wyżej, tego więzadła nie było. U tych ostatnich występowały natomiast więzadła inne i w innych miejscach (np. *lig. duodeno-rectale*).

Praca v. Loghema jest ciekawą także i pod innym względem. A mianowicie, badając płody małpozwierząt, v. Loghem znalazł u *Stenops gracilis lig. ansacolicum* w początkowym okresie jego rozwoju. Okazało się, że podczas tworzenia się wyżej wspomnianej pętli jelita grubego na stronie wklęsłej dość wcześnie zjawia się fałd otrzewny, który wyrasta ku górze w miarę wydłużania się tej pętli. A więc powstanie *lig. ansacolici* nie można w żaden sposób tłumaczyć zrostami otrzewny. Wracając do naszego przypadku i na podstawie zebranych wyżej danych, postaramy się wyjaśnić powstanie tak niezwykłej błony.

Brak zrostów z pętlami jelita cienkiego oraz brak blizn, według mego zdania, wskazują, że nie jest ona tworem pochodzenia patologicznego. Utwierdza mnie w tym przekonaniu także obecność fałdu w okolicy prawego zgięcia okrężnicy. Fałd ten jest jakby zawiązkiem mającej tu powstać drugiej błony) (Jacksona).

Rozwój zaś *lig. ansacolici* wskazuje, jak powstają dość obszerne błony pomiędzy ramionami pętli jelitowej. Pozostaje tylko wskazać przyczynę, która prowadzi do powstania podobnych błon.

Odpowiedź na ostatnie pytania, zdaje się, można znaleźć, gdy przypomnimy sobie powstanie takich więzadeł, jak *lig. ileo-coccale* lub *lig. sacro-uterinum*. Omawiane błony są prawdopodobnie fałdami otrzewny, wypiętemi przez wiązki mięsne, które odszczepiły się od warstwy mięsnej podłużnej jelita grubego. Taka wiązka mięsna w czasie wydłużaniu się pętli jelita, napina się, jak cięciwa i podnosi otrzewnę, pokrywającą jelito, w ten sposób, że tworzy się jedna z wyżej opisanych błon.

Na zakończenie proponowałbym używać dla tych błon takich nazw, które świadczyłyby o ich pochodzeniu jednakowym i dokładnie określałyby ich umiejscowienie. W tym celu uważałbym za bardziej odpowiednie nazwy: *lig. intercolicum transverso-ascendens*—dla błony Jacksona i *lig. intercolicum transverso-descendens* dla przypadku naszego.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO D-RA A. SOLOWIEJCZYKA.

O chorobie Hirschsprunga.

Podał

M. Abramowicz.

Przypadki choroby Hirschsprunga nie są bynajmniej częste. Do 1866 roku, kiedy znakomity ten pedjatra holenderski wystąpił na zjeździe lekarskim z obszernym i wyczerpującym komunikatem o tym cierpieniu (które nazwał *Megacolon congenitum idiopathicum*), przytaczano w piśmiennictwie zaledwie pojedyncze przypadki tej choroby (B a n k s, F a v a l l i 1846 r.) Od tego czasu ogłoszono naogół przeszło 200 przypadków tego niezmiernie ciekawego schorzenia, a dowodem rzadkości jego może służyć, między innemi, także fakt, że F e n v i c k śród 300000 sekcji znalazł objawy chor. Hirschsprunga tylko w 3-ch przypadkach. To też pojedyncze sporadyczne spostrzeżenia tego cierpienia zasługują na szczególną nwagę.

Przypadek, który demonstrowałem na posiedzeniu klinicznym w Szpitalu 30.I.1925 r. dotyczy czteroletniego chłopca, którego

ojciec podaje, że chory jest jego szóstym dzieckiem; troje rodzeństwa zmarło z powodu rozmaitych dziecięcych chorób zakaźnych. Rodzice, rodzina zdrowi. Niebawem po urodzeniu uwagę zwrócono, że chory po oddaniu pierwszej smołki nie miał już więcej samodzielnie stolca. Za poradą lekarza dawano mu środki czyszczące, lecz bezskutecznie, to też zaczęto stosować lawatywki przez kateter i odtąd do dziś dnia dziecko miewa stolce tylko po lawatywie, którą ojciec stosuje stale co 3—4 dzień. Gdy razu pewnego ojciec nie mógł tego wykonać w ciągu tygodnia, stolca samodzielnie również nie było. Pozatym dziecko jest dobrze rozwinięte, ma dobre łaknienie, nie wymiotuje, na nic się nie skarży. Głowa kształtna; klatka piersiowa krótsza w wymiarze górno-dolnym i przednio-tylnym, ma wymiar boczno-boczny znacznie większy. Brzuch bardzo wzdęty. Już gołem okiem dostrzec można, jak się odznacza zarys grubych kiszek, które zajmują podczas parcia więcej niż połowę powierzchni brzuszka. (Rys. 1). Również łatwo udaje się namacać je wzdłuż całego lewego boku oraz w dolnej części brzucha. W innych narządach nic szczególnego nie ujawniono.



Rys. 1

Jakkolwiek wszystkie dane przemawiały za chorobą Hirschsprunga, dla większej jednak pewności zbadano dziecko per rectum: żadnych przeszkód lub zwężenia nie znalazłem. Stwierdza to również i ojciec, który w razie nieskuteczności lawatywy usiłował wygarnąć kał palcami lub łyżeczkami, a sondę przesuwał dość wysoko.

Rzadka ta i ciekawa choroba niema, jak wiadomo, dotąd ustalonej patogenezy. Hirschsprung, następnie Mya i Genersich dowodzą, że przyczyną tej choroby jest, jak już powiedziano, *megacolon congenitum idiopathicum*. Inni uważają przeciwnie, że choroba ta powstaje na skutek działania rozmaitych przyczyn mechanicznych. — Jacobi mówi o częstym zagięciu pętli kiszki grubej zstępującej. Bestelman na zjeździe chirurgów w 1905 r. usiłował uzasadnić swój pogląd, że powiększenie okrężnicy powstaje tu przeważnie na skutek rozpadliny odbytu (fissura ani). Lanz podaje, jako przyczynę choroby Hirschsprunga, obecność zasta-

wek w okrężnicy. Inni znów podają jako przyczynę zapalny stan krezki wydłużonej wraz z następstwami tego w postaci zrostów. I ci i tamci bronią swego punktu widzenia. Lecz są i tacy, co niezbyt oględnie rozpoznają tę chorobę. Lexer w swoim podręczniku przytacza np. taki jej przypadek. 10-cioletni chłopak w ciągu 3-ch tygodni miał zatrzymanie stolca oraz różne objawy powikłania w związku z tym, jak wymioty i t. d. Lexer, badając chłopca per rectum, znalazł kamień kałowy; po usunięciu kamienia tego chłopiec oddał obfitą ilość kału i prędko wyzdrowiał. Wydaje się jednak, że ten sporadyczny przypadek dłużej trwającego zaparcia zupełnie niesłusznie został zaliczony do przypadków choroby Hirschsprunga. Jeżeli i inni autorzy analogiczne przypadki zaliczali do choroby Hirschsprunga,
to przypuścić należy, że ogólna statystyka przypadków jest jeszcze bardziej skromna, niż dotąd podawano.
Bliższe zastanowienie się z punktu widzenia anatomopatologicznego, jako też fizjologji patologicznej, nasuwają jednak myśl, że pogląd Hirschsprunga i Mya na istotę tego schorzenia jest słuszny. Przerost okrężnicy jest w danym wypadku objawem samoistnym, raczej recy-



Rys. 2.

dywą atawistyczną, gdyż u niższych ras ludzkich (jakoteż u niższych zwierząt) okrężnica jest daleko większa, niż u wyższych. Nie należy zapominać, że długość i wielkość okrężnicy jest zjawiskiem, uzależnionym od różnic rasowych i że w ogóle u ludzi rozwój tego narządu jest prawdopodobnie daleki od ostatecznej jego ewolucji. Rzecz zrozumiała, że gdy mamy o kilka razy większą i szerszą okrężnicę, to proces trawienia idzie już innym trybem, niż zwykle (rys. 2 i 3). A więc normalnie resztki pokarmów po przejściu do okrężnicy zamieniają się tu w t. zw. stały, sformowany kał, który siłą mięśni zostaje przesuwany ku zewnątrz w ciągu określonej ilości czasu. Inna rzecz będzie, gdy niewielka ilość płynnego kału przedostanie się z małych cienkich jelit do ogromnej kiszki grubej. Sformowanie się stałego kału

wówczas dłużej już trwać będzie, a to dlatego, że mała ta ilość jego niezdoła zapełnić całego światła okrężnicy, czyli więc nie będzie podlegała biologicznym procesom ze strony wszystkich komórek całego obwodu śluzówki. Pozatym, gdy się już sformuje niewielka ilość stałego kału, to znajdzie się w pozycji, przypominającej położenie małego orzeszka w dużych cążkach; skoro kał nie przylega do całego obwodu ścianki kiszki, nie może być przesuwany zapomocą skurczów mięśni i będzie tak długo leżał bez ruchu, dopóki nie nastąpi nowy dopływ płynnego kału i nie zapełni całego światła kiszki. Tego rodzaju sprawa może trwać długo i rozumie się, moze nie mieć wpływu na ogólny stan czynności ustroju. Ale zanim kał zostanie z natury rzeczy przez tak długą przestrzeń przeprowadzony i zanim zdoła się wypełnić całe światło kiszki, w narządzie tymczasem wzmaga się działalnść flory bakteryjnej, na skutek czego rozwija się przewlekły p r o c e s zapalny. To też prędzej czy później następuje *colitis chronica interstitialis*, przyczym przeważnie *hypertrophica* lub *hyperplastica*. — I zbiegiem czasu nieuchronnie u każdego z tych chorych spostrzega się mniej lub więcej ciężkie objawy stanu zapalnego z wrzodami kiszki w okresie końcowym i śmiercią na skutek przedziurawienia okrężnicy. W tym procesie zapalnym przedewszyskiem bierze udział śluzówka; jej komórki kubkowate wytwarzają zazwyczaj dużą ilość śluzu przez co ułatwiają pracę mięśni w czynności przepychania kału. Komórki te, rozciągnięte ad maximum oraz zmienione pod wpływem innych czynników sprawy zapalnej, zanikają



Rys. 3.

stopniowo zupełnie. Zawartość kiszki, pozbawiona niezbędnej ilości śluzu, nie może więc być łatwo przepchana, choć przerośnięte mięśnie silnie pracują. W dalszym okresie rozwoju sprawa zapalna daje cały szereg objawów, które niesłusznie przez niektórych autorów zaliczono do czynników, powodujących chorobę Hirschsprunga. A więc wypuklenia okrężnicy (haustrae), mające postać półksiężycowatych fałdów, bez wątpienia na skutek przewlekłego zapalenia okrężnicy przerastają i zwężyć mogą światło kiszki; względnie mogą się skleić i zupełnie zamknąć światło jelita. Lanz właśnie podaje przypadek takich zmian. Zanim przystąpił do operacji w pewnym wypadku choroby Hirschsprunga chciał się przekonać, czy niema czasami przeszkody w postaci zastawki. Po wstawieniu głębokiej sondy otrzymał nadzwyczajny efekt, lecz, niestety, niedługotrwały. Rzecz jasna, zastawki były tu objawem wtórnym, a nie pierwotną przyczyną. Do pierwotnych przyczyn tworzenia się choroby Hirschsprunga nie można zaliczyć sfałdowania się tej lub innej pętli kiszki wydłużonej; jest to tylko naturalna konsekwencja tego, że przy wydłużonej kiszce i krezce muszą w raz z większemi ruchami robaczkowemi tworzyć się sfałdowania, które—gdy istnieje jednocześnie stan zapalny w kiszce—mogą tu i owdzie ulec zrostom. Niemniej jasne wydaje się, że zrosty po zapalnym stanie w krezce, nie są bynajmniej objawem pierwotnym, lecz wtórnym, gdyż, jak to już podkreślono, *megacolon* rozwija się bezwarunkowo w parze z jednoczesnym *colitis interstitialis*. Co się zaś tyczy poglądu Bestelmana, o zależności rozwoju choroby Hirschsprunga od rozpadlin odbytu, to przeciwnie najłatwiej je tu włączyć do szeregu wtórnych objawów schorzenia, gdy zwrócimy uwagę, że wszak w każdym przypadku oddawanie stolca następuje dopiero po zastosowaniu lawatyw, wygarnięciu palcami, łyżkami i t. d. A wszystkie te rękoczyny, rzecz jasna, nie są obojętne dla odbytu i powodują ranki, szczelinki i t. d. Żadne dziecko nie rodzi się wszak ze szczeliną, rozpadliną odbytu, która mogła by dać odruchowo zatrzymanie stolca z następczym przerostem okrężnicy. Zjawisko odwrotne ma tu, sądzę, miejsce. Mozna byłoby jeszcze przytoczyć szereg innych podobnych zaburzeń, jako następstw przewlekłego stanu zapalnego w wydłużonej

i rozszerzonej kiszce, lecz i tych nie można byłoby również uważać za pierwotną przyczynę jakiejś choroby.

Niekoniecznie, z drugiej strony, zjawiska, spostrzegane w schorzeniu Hirschsprunga, muszą ujawnić się w całości w każdym poszczególnym przypadku. Są bowiem przypadki częściowego tylko przerostu okrężnicy (*Perthes*, *Johannsen*). Lecz i tu schorzała część kiszki jest już sama o tyle zwiększona, że jej wymiar kilkakrotnie przewyższa normalny. Takie przypadki poniekąd odbiegać mogą od całokształtu obrazu anatomopatologicznego w chorobie Hirschsprunga, a i pod względem klinicznym trudno je być może rozróżnić.

A jeszcze tylko słów kilka o terapji. Nie ulega wątpliwości, że najskuteczniejsze są w tej chorobie zabiegi chirurgiczne. Lecz, wziąwszy pod uwagę wskazany wyżej pogląd na sprawy anatomopatologiczne w chorobie Hirschsprunga, należy unikać zabiegu na przerośniętej okrężnicy, gdyż operacja na kruchej rozciągniętej kiszce, stale będącej w stanie zapalnym, nie może rokować wyników pomyślnych. Zabieg wskazany tu, a mniej uciążliwy oraz łatwiej dostępny, to przyszycie okrężnicy do jamy brzusznej (*colopexia*) z modyfikacją dr. Sołowiejczyka, a mianowicie ze zdwojeniem krezki.

W leczeniu wewnętrznym należy przedewszystkiem wziąć pod uwagę, że masy kałowe, na skutek zaniku większej ilości kubkowatych komórek, są pozbawione śluzu, wzgl. płynu, ułatwiającego mięśniom przesuwanie kału. To też najodpowiedniejsze będzie tu stosowanie środków przeczyszczających pochodnych soli metali alkalicznych. Te bowiem, jak wiadomo, mają własność zatrzymywania dużej ilości wody w kiszce, a to sprzyja rozrzedzeniu wypróżnień, hamuje więc proces zbyt wielkiego zagęszczania się jego.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO DR. M. LUBELSKIEGO.

300 zabiegów w znieczuleniu lędźwiowym i 800 większych zabiegów w znieczuleniu miejscowym.

Podali

M. Lubelski

i A. Stückgold (Starszy Asystent Oddziału).

Biorąc pod uwagę ujemny często wpływ uśpienia, już oddawna starano się na oddziale zastąpić je znieczulaniem miejscowym lub lędźwiowym.

Pierwsze znieczulenie lędźwiowe za pomocą kokainy wykonano na oddziale (Lubelski) w roku 1900. Kokainę zastąpiono później stowainą, nowokainą, a z biegiem czasu zatrzymano się na tropokainie, gdyż dawała najmniej niepożądanych powikłań. Z tych najbardziej ciężkie były bóle głowy, które trzeba było z trudem zwalczać, a to zmuszało oddział do szukania mniej szkodliwych preparatów znieczulających. Bóle te głowy były b. uporczywe, nie ustępowały łatwo ani po lekach wewnętrznych, ani po zalecanych wówczas nakłuciach lędźwiowych w celu zmniejszenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego. W tropokainie, której używamy do znieczuleń lędźwiowych od lat 10-ciu, znaleźliśmy istotnie preparat, odpowiadający naszym wymaganiom.

Dla znieczulenia lędźwiowego ustaliło się na oddziale postępowanie następujące: choremu o godzinę przed operacją zastrzykuje się kamforę i morfinę; nakłucie lędźwiowe wykonywa się w pozycji siedzącej, między 4—5 wyrostkiem k. kr. lędźwiowych, co odpowiada poziomowi linji grzebieniowej kości biodrowych, o parę milimetrów z boku od więzadła kolczastego. Nakłucie i zastrzyk można też wykonać o krąg wyżej lub niżej. Po wprowadzeniu igły wypuszczamy około 2,0 płynu mózgow.-rdzeniowego; dalej za pomocą szprycy (Record 5,0), zawierającej już 2,0 płynu znieczulającego z 0,05 tropokainy,

wciągamy 2,0 płynu mózg.-rdzeniowego, poczym całą zawartość szprycy wstrzykujemy bardzo powoli rotacyjnemi ruchami tłoku, w ciągu jednej minuty, do kanału pod oponę miękką. Zaraz po tem, tuż obok pod skórę, zastrzykujemy 2,0 10% kofeiny. Chory pozostaje jeszcze około 2 minut w pozycji siedzącej, a później kładziemy go poziomo.

W znieczuleniu lędźwiowym operowaliśmy na dolnych kończynach i brzuchu, poniżej linji pępkowej.

Wśród tych przypadków nie było ani jednego wypadku śmierci; nie mieliśmy też żadnych poważnych komplikacji. Niekiedy zdarzała się zapaść z tętnem szybkim, bladością twarzy, niepokojem i potami, lecz objawy te ustępowały po zastrzykach kamfory i kofeiny.

Jako przeciwwskazanie do znieczulenia lędźwiowego, uważamy wiek młodociany chorego (najmłodszy pacjent nasz liczył 29 lat), zwyrodnienie mięśnia sercowego, a niekiedy silny niepokój i strach chorego przed operacją, którą zamierzono wykonać bez uśpienia ogólnego.

Znieczulanie lędźwiowe stosowaliśwy również w operacjach na narządach trawienia i próbowaliśmy w znieczulaniu tym wykonywać operacje na żołądku i wyrostku robaczkowym.

Wobec tego jednak, że chorzy podczas operacji tych naprężają bardzo mięśnie brzucha i w ten sposób znacznie utrudniają należyte wykonanie operacji, zaniechaliśmy w tych przypadkach znieczulania lędźwiowego.

Z innych operacji na narządach trawienia w znieczuleniu lędźwiowym wykonaliśmy 107 zabiegów z powodu przepuklin wolnych (najczęściej metodą Ferüsona, Basini'ego, Kochera i Girarda), 37 — przepuklin uwięźniętych, 27 guzów krwawniczych (*Varices haemorrhoidales*), 12 operacji z powodu raka prostnicy (metodą Kochera z wycięciem kości ogonowej) i 4 przypadki raka prostnicy (metodą Kraskego z wycięciem kości krzyżowej). Podajemy tu następujący przypadek.

M. G., l. 24, skarżyła się od 4 miesięcy na bóle podczas wypróżnień. Ostatnio zauważyła w nich śluz i krew. Badanie palcem i rektoskopem wykazało w bańce odbytnicy guz, który wyrósł na przedniej i bocznej ścianie odbytnicy i przechodził na tylną ścianę pochwy.

Po wycięciu kości ogonowej (Lubelski) przecięto powięź ogonowo-odbytową i odsłoniono guz, który zajmował boczną i przednią

ścianę pochwy. Dookoła guza — silne zrosty i naciek gruczołów. Aby uruchomić i przeciągnąć guz ku dołowi otworzono jamę otrzewny z jednej i z drugiej strony guza, podwiązano z boku naczynia z jednej i z drugiej strony krezki i próbowano pociągnąć prostnicę na dół. Lecz wobec silnych zrostów i nacieku trzeba było wyciąć jeszcze 2 kręgi kości krzyżowej. Po odłączeniu guza, wycięciu części pochwy i zaszyciu jej na głucho, rzyć umocowano tuż u kości krzyżowej (anus sacralis). Ranę na kroczu od tego miejsca do pochwy zaszyto. Rychłozrost. Zabieg trwał przeszło godzinę, to też w końcu operacji chorą zlekka uśpiono eterem.

W y n i c o w a n i a p r o s t n i c y m e t o d ą G e r a r d - M a r c h a n d'a wykonaliśmy w 9 przypadkach; z tych w szkicu podajemy następujący:

Chory B. D., l. 56, od dwóch lat wypadnięcie odbytnicy na 12 cm. Operację tu wykonano z odmianą, podaną przez chirurgów francuskich (M. Guibe). Tuż za odbytem z tyłu przeprowadzono cięcie podłużne wzdłuż linji środkowej do kości krzyżowej. Aby mieć większy dostęp do tylnej ściany odbytnicy, wycięto kość ogonową, a później w tym samym kierunku przecięto wszystkie tkanki aż do ściany odbytnicy; obnażono ją tu możliwie szeroko wzdłuż i wszerz. Z obu stron linji środkowej nałożono symetrycznie na ścianę odbytnicy parę podwiązek z jedwabiu tak, aby utworzyć fałdy poprzeczne. Przy każdym fałdzie zostawiono z podwiązki tylko jedną nitkę. Kiedy związano po dwie nitki symetrycznie z obu stron linji środkowej, to utworzył się fałd podłużny. Wobec tego, że ściana odbytnicy była jeszcze dość luźna, nałożono w ten sam zposób 2-gie piętro fałdów poprzecznych i jeden fałd podłużny. Następnie z każdej strony przyszyto ścianę odbytnicy paru szwami do więzadła krzyżowoguzowego (lig. sacro-tuberosum). Części miękkie nad odbytnicą, prócz skóry, zeszyto struną, a skórę oddzielnie szwem jedwabnym. Rychłozrost.

N a n a r z ą d a c h m o c z o w y c h w znieczuleniu lędźwiowym wykonano 19 cięć nadłonowych pęcherza moczowego i 13 wycięć gruczołu krokowego. Kiedy ustalił się pogląd, że gruczoł krokowy lepiej usuwać dwuczasowo, to pierwszy moment operacji, t. j. *sectio alta*, zaczęliśmy wykonywać w znieczuleniu miejscowym, a drugi moment, wymagający tylko krótkiego czasu, wykonywamy ostatnio w uśpieniu eterowym. Z przypadków wycięcia gruczołu krokowego przytoczymy następujący.

Chory 60 letni od wielu lat z trudem oddawał mocz, a ostatnio tylko przez cewnik, który trudno było wogóle wprowadzać do pęcherza moczowego. Badając krocze przez odbytnicę, wymacać można było powiększony gruczoł krokowy. Chorego operowano (Lu-

belski) sposobem Freyer'a w znieczuleniu lędźwiowym. Po 2 miesiącach wypisano go zupełnie zdrowym. Gruczoł krokowy ważył 120,0 (normalny 17,0—19,0).

Na organach rodnych u kobiet dokonano w znieczuleniu lędźwiowym 7 zabiegów zaszycia pochwy (*colporrhaphia*). Na kończynach dolnych wykonano 29 amputacji z powodu gruźlicy i 20 amputacji z powodu zgorzeli. Sympatektomji (operacja Leriche'a) wykonano 5.

Gdy zabieg się przedłużał, chory dostawał, jak już zaznaczyliśmy, pod koniec operacji lekkie uśpienie ogólne wziewne (eter).

W znieczuleniu miejscowym wykonano 800 operacji. Stosujemy tu dwie metody: infiltracyjną i znieczulenie gałęzi nerwowych. Do znieczulenia takiego używamy płynu następującego: Novocaini 0,5—Adrenalini gtt XV — Natr. chlorati 0,9 — Acidi muriatiti diluti gtt. I,— Aq. destil. 100.0.

Buteleczkę z płynem tym, otrzymaną z apteki, wstawiamy do naczynia z zimną wodą i następnie gotujemy. Jak wskazuje doświadczenie nasze, termometr, trzymany w butelce z płynem znieczulającym, podczas wrzenia wody wskazuje ciepłotę do 95° C, a ta wystarcza do zupełnego wyjałowienia płynu, część większa drobnoustrojów ginie bowiem już przy 60° C. Nie gotujemy płynu w naczyniu szklanym wprost na ogniu dlatego, że podczas przegotowywania jego tym sposobem adrenalina często się rozkłada. Płynu tego do znieczulenia użyć można nawet 100,0.

W razie większego zabiegu, chory otrzymuje o godzinę przed operacją morfinę i kamforę, co bardzo dodatnio wpływa na uspokojenie układu nerwowego.

Stosując znieczulanie nasiękowe, miąższowe, postępujemy w ten sposób, że robimy zrazu zastrzykiwanie płynu w linji cięcia w kierunku prostym, a następnie z tego samego naklucia, nie wyjmując igły, zastrzykujemy dalej płyn na głębokość igły w prawo i w lewo. W ten sposób, posuwając się naprzód po linji zamierzonego cięcia, znieczulamy całe pole operacyjne.

Znieczulanie gałęzi nerwowych polega na tem, że tam, gdzie jest to dostępne, zastrzykujemy w otoczkę, wzgl. w sam nerw, pewną ilość płynu; w ten sposób otrzymuje się znieczulenie tego miejsca, gdzie nerw nakłuty się rozgałęzia.

Przechodzimy teraz do omówienia operacji, dokonanych w znieczuleniu miejscowym na poszczególnych narządach.

Operacje na głowie. Pięć trepanacji czaszki wykonano w padaczce samoistnej, aby wytworzyć wentyl (metoda Th. Krausego). W trzech przypadkach trzeba było dodać niewielką ilość chloroformu. W przypadkach tych znieczulaliśmy zwykle miejsce cięcia skórnego i okostnę tam, gdzie zamierzono kość przepiłować. Zauważyliśmy, że kość sama i substancja mózgowa, jak tego dowiodły doświadczenia Brauna, nie są podczas operacji bolesne. Zasługuje tu na uwagę zabieg u 15 l. chłopca G. J., któremu zrobiono dwukrotnie operację w znieczuleniu miejscowym (Lubelski) z powodu padaczki samoistnej.

Z początku wykonano operację na jednej $^1/_2$ czaszki; stan chorego o tyle się poprawił, że niemy przed zabiegiem zaczął po nim wymawiać niektóre wyrazy i zdania, rozumiał też, co do niego mówiono; znacznie się również zmniejszyła liczba ataków. Po pewnym czasie, kiedy stan chorego się znów pogorszył, wykonano taką samą operację na drugiej $^1/_2$ czaszki. Chory na zabieg ten bólem zupełnie nie reagował.

Następnie operowano też 1 przypadek guza mostowo-móżdżkowego w znieczuleniu miejscowym z dodaniem lekkiego uśpienia chloroformowego.

Z plastycznych operacji na twarzy wykonano w znieczuleniu miejscowym 3 wytwórcze operacje nosa z powodu raka. W przypadkach tych zastrzykiwaliśmy płyn znieczulający dokoła guza, w miejsce zdrowe skóry i wgłąb aż do samej kości, starając się znieczulić okostną. Tam, gdzie zabiegi dodatkowe wykonywane były na błonie śluzowej nosa i na przegrodzie, pędzlowaliśmy miejsca zabiegu 10% rozczynem nowokainy z adrenaliną.

Miejsce, skąd braliśmy płat skóry do wytwórczej operacji, znieczulaliśmy, rozumie się, oddzielnie. Operacje te (Lubelski) wykonywaliśmy w trzech odstępach czasu w znieczuleniu miejscowym. Zasługuje tu na uwagę jeden przypadek, gdzie rak zajmował $^2/_3$ części nosa, część policzka i częśc przegrody do kości.

Za pierwszym razem wycięliśmy wszystkie chore tkanki aż do kości, trzymając się zdrowych granic; usunęliśmy część przegrody nosowej i błony śluzowej nosa, a miejsca podejrzane

przypaliliśmy żegadlem Pacquelin'a. Następnie chory był naświetlany promieniami Roentgena. Gdy rana pokryła się już zdrową ziarniną, zrobiono plastykę nosa. Wobec ubytku w przegrodzie, część której usunięto podczas pierwszej operacji, nos się zapadł, a skrzydło lewe opadało na policzek. Dla nadania kształtu odpowiedniego wycięliśmy z pozostałej zdrowej przegrody, z tyłu, płat w postaci półkola, przesunęliśmy ku górze i tutaj umocowaliśmy paru szwami; dzięki temu pokryto ubytek w przegrodzie. Na utworzoną w ten sposób podporę nałożyliśmy płat skóry, wzięty z czoła i pokryliśmy ubytek nosa i policzka, a po kilku tygodniach ranę na czole naskórkiem, wziętym z uda (sposób Thiersch'a).

7 plastycznych operacji wykonano w znieczuleniu miejscowym na powiekach; 2 zabiegi rozcięcia krtani i 29 rozcięcia tchawicy. Wola, w liczbie 16, były wszystkie operowane sposobem Kochera. Przedewszystkiem więc znieczulaliśmy nerwy szyjne, wychodzące z tyłu, poza mięśniem mostkowo-sutkowym, zastrzykując tu wzdłuż tylnego brzegu mięśnia od 5,0 do 10,0 płynu; znieczulano nerwy te obustronnie. Następnie znieczulaliśmy linję cięcia skóry i cały obwód guza aż do podstawy jego.

Cięcie skóry wykonywano w kształcie kołnierza. Zwykle, po podwiązaniu naczyń tarczowych i wylonieniu guza, nakładaliśmy miażdż Kochera nieco wyżej miejsca, do którego przylegają nerw krtaniowy górny i gruczoły przytarczowe (*parathyreoideae*).

Po zdjęciu miażdża zakładaliśmy podwiązkę ze struny, a nad nią następnie odcinaliśmy guz. W ten sposób ani razu nie uszkodzono ani nerwu, ani gruczołów przytarczycowych, nie było więc powikłań, które wystąpić mogą po zranieniu tych narządów.

Przebieg operacji przy tej metodzie znieczulania jest zupełnie bezbolesny; w żadnym z przypadków operowanych komplikacji poważnych nie widzieliśmy, prócz jednego, który właśnie w szkicu niżej podajemy.

Chory, l. 21, przybył z powodu dużego obustronnego wola z objawami duszności. Wątłej budowy, blady, umysłowo niedorozwinięty. Wobec zamiaru usunięcia wola obustronnie zastrzyknięto 70,0—80,0 roztworu nowokainy z adrenaliną (Lubelski). Już podczas podwiązywania tętnic tarczowych wystąpiły objawy zatrucia: wymioty, bladość twarzy, przyśpieszone tętno. Operację prowadziliśmy jednak w dalszym ciągu; po stronie prawej usunęliśmy guz

całkowicie, a po lewej podwiązaliśmy tętnicę tarczową górną; większą część guza usunęliśmy, a niewielką, odżywianą przez tętnicę dolną tarczową, zostawiliśmy. Po operacji tętno było drobne i prawie niewyczuwalne. Zastrzyknięto więc 1000,0 płynu fizjologicznego z 5 kroplami adrenaliny, a co 2 godziny po 0,1 kamfory. Nazajutrz po operacji tętno na art. radialis—niewyczuwalne, zastrzyknięto więc choremu trzy razy po 1000,0 płynu fizjologicznego z dodaniem paru kropel adrenaliny. Dopiero po 36 godzinach tętno się zjawiło. Jeszcze w ciągu 4 dni następnych chory dostawał codziennie podskórnie 400,0 płynu fizjologicznego, aż wyczuto tętno pełne.

Jak widzimy, stosowanie nowokainy z adrenaliną *larga manu* w znieczuleniu miejscowym dla wycięcia wola może dać objawy ciężkiego zatrucia. Braun w jednym przypadku tej operacji, wykonanej u 17-letniej dziewczyny w znieczuleniu miejscowym (eukainą), miał zejście śmiertelne; od tego czasu zarzucił w tych operacjach znieczulenie miejscowe i stosuje uśpienie ogólne. Braun radzi wykonywać znieczulanie miejscowe tylko wtedy, gdy wole jest b. małe.

Operacje w znieczuleniu miejscowym na klatce piersiowej.

Z powodu ropnego zapalenia opłucny wykonano 79 resekcji żeber. Znieczulenie w tych przypadkach robimy wzdłuż górnego i dolnego brzegu żeber i pośrodku żebra, starając się zastrzyknąć nieco płynu pod okostnę. Zasługuje tu na uwagę jeden przypadek, gdy—wobec ciężkiego stanu chorego i duszności—zmuszeni byliśmy operację wykonać w pozycji siedzącej. Chory zniósł zabieg bardzo dobrze i wyzdrowiał.

Operacje na narządach jamy brzusznej.

Na żołądku wykonano 31 zespoleń żołądkowo-kiszkowych. We wszystkich przypadkach tych znieczulaliśmy linję cięcia sposobem wyżej podanym. Kiedy po przecięciu skóry dochodzimy do białej smugi, to pod nią, w tym samym kierunku, zastrzykujemy płyn bardzo ostrożnie, aby znieczulić tłuszcz podotrzewnowy i samą otrzewnę, a ta, jak wiadomo, jest bardzo bolesna. Staramy się nie wprowadzać płynu do jamy otrzewny. Zabiegi na żołądku i na jelitach, jak wiadomo z doświadczeń Brauna, nie są bolesne. Natomiast ku końcowi operacji, wobec tego, że chorzy bardzo naprężają mięśnie brzucha podczas szycia, zmuszeni byliśmy zastosować lekkie uśpienie eterowe. We wszystkich tych operacjach wykonywano zespo-

lenie tylne, poprzeczne, z krótką pętlicą. W niektórych przypadkach, prócz zespolenia, wyłączaliśmy odźwiernik w ten sposób, że tuż przed nim, a gdy namacano owrzodzenie, to przed miejscem owrzodzenia, nakładano podwiązkę z grubego jedwabiu, a nad nią wokół wolny płat sieci, a obszywano go z przylegającemi dokoła ścianami żołądka i dwunastnicy.

4 kałowe przetoki założono w znieczuleniu miejscowym. Pozatym wykonano 1 zabieg utworzenia przetoki pęcherzykowej (cholecystostomia), 1-no przyszycie okrężnicy do jamy brzusznej *(colopexis)*. Operacja ta trwała dość długo: chory zniósł ją w znieczuleniu miejscowym bardzo dobrze.

Przypadek ten dotyczy mężczyzny l. 65, który trzy lata przedtym był już operowany w Szpitalu Św. Ducha z powodu skrętu esicy. Po wykonaniu cięcia w linji środkowej wyłoniła się z jamy brzucha pętla esicy bardzo duża, grubości uda młodego chłopca. Po wprowadzeniu zgłębnika Hegar'a do esicy i wypuszczeniu gazów operację ukończono sposobem, mającym na celu przywrócenie normalnych stosunków anatomicznych, a podanym przez Lubelskiego w Kw. Klin. T. I. Zesz. IV 1922 r. W tym celu właśnie wykonano: a) wydłużenia podstawy krezki (elongatio), b) skrócenia krezki (abreviatio mesosigmae), c) sfałdowania esicy (sigmoplicatio).

Przebieg pooperacyjny był gładki, bezgorączkowy. Po 10-ciu dniach zupełne zagojenie.

W znieczuleniu miejscowym operowaliśmy 125 wolnych przepuklin, a uwięźniętych—48. Przepukliny znieczulamy w ten sposób, że po linji cięcia sposobem zwykłym zastrzykujemy płyn; prócz tego staramy się znieczulić oddzielnie *n. ileo-inguinalis*. Jeżeli udaje się zawartość przepukliny odprowadzić, to znieczulamy jeszcze oddzielnie powrózek w ten sposób, że chwytamy go 2-ma palcami, wskazującym i dużym, unosimy, a następnie u otworu zewnętrznego kanału pachwinowego zastrzykujemy płyn w tylną ścianę szyjki worka. Oddzielnie zastrzykujemy płyn w sam powrózek. Operację taką chorzy znoszą bardzo dobrze.

W znieczuleniu miejscowym operowaliśmy 20 wodniaków jądra (metodą Winkelmana).

Guzy krwawnicze operowaliśmy w znieczuleniu miejscowym zupełnie bez bólu. Operacji tych dokonaliśmy 388. Nasz sposób znieczulania miejscowego do tej operacji nieco się różni od podanego przez innych autorów. Zwykle znieczulamy skórę wokół rzyci; następnie nie wprowadzamy palca

do odbytnicy, jak to czyni Braun, lecz każemy choremu mocno się nadąć, a wówczas łatwo palcem wskazującym namacać można zwieracz odbytnicy, w który zastrzykujemy płyn w kierunku skośnym, od zewnątrz ku wewnątrz, starając się nie przekłuć błony śluzowej odbytnicy; płynu zastrzykujemy tu od 30,0 do 50,0. Już po 5 minutach rozszerzanie zwieracza jest zupełnie bezbolesne. Operacje wycięcia guza zwykle wykonywamy po nałożeniu podwiązki jedwabnej na guz, który chwytamy specjalnemi zaciskadłami. Guz zwykle odłączamy zupełnie od skóry, przyczym pozostawiamy go wiszącym na błonie śluzowej. Rzecz bardzo ważna, aby między podwiązanymi guzami pozostały mosty, które łączą skórę ze zdrową błoną śluzową. Dzięki takiemu postępowaniu nie widzieliśmy nigdy zwężeń pooperacyjnych; nie było też nigdy niebezpiecznych krwawień pooperacyjnych.

Na pęcherzu moczowym dokonaliśmy w znieczuleniu miejscowym 53 cięć nadłonowych pęcherza moczowego (*sectio alta*), z tych niektóre w celu usunięcia kamieni żółciowych, inne jako akt pierwszy przed usunięciem gruczołu krokowego. W przypadkach tych znieczulanie od pępka do spojenia łonowego wykonywaliśmy zwykłym sposobem. Pod białą smugę zastrzykujemy oddzielnie płyn znieczulający. Usuwanie gruczołu krokowego, a więc t. zw. drugi akt operacji, jak już zaznaczono, wykonywaliśmy dawniej w znieczuleniu lędźwiowym, a obecnie w uśpieniu eterowym.

Na kończynach dolnych wykonaliśmy 3 razy t. zw. sympatektomję według Leriche'a.

Znieczulanie gałęzi nerwowych. Wyżej, gdzie mowa o operacjach w znieczuleniu nasiękowym, zaznaczyliśmy już, że w niektórych przypadkach znieczulaliśmy oddzielne gałęzie nerwowe. W operacjach wola znieczulaliśmy nerwy, wychodzące z tyłu mięśnia mostkowo-sutkowego, w operacjach przepuklin—*n. ileo-inguinalis*. Są jednak operacje, w których znieczulenie należyte miejscowe otrzymaliśmy tylko dlatego, że główną uwagę zwrócono właśnie na znieczulenie gałęzi nerwowych. Do operacji takich zaliczamy wycięcie górnej szczęki. W przypadkach tych, po uprzednim podwiązaniu tętnicy szyjnej dotwarzowej w znieczuleniu miejscowym, znieczulamy z kolei oddzielnie nerw górny szczękowy w jamie

klinowo-podniebiennej, a w oczodole nerwy: łzowy i rzęskowo-sitowy. Miejsca cięcia na twarzy i na błonie śluzowej ust znieczulamy dodatkowo nasiękowo.

Chorzy znoszą duży ten zabieg doskonale. Operacji takich dokonano 5. Przytoczymy tu przypadek następujący.

Kobieta 22-letnia, w ciąży 4-ro miesięcznej, przybyła do Szpitala z guzem górnej szczęki, wyrastającym z jamy Higmor'a; nowotwór w przeciągu 3 miesięcy przeżarł przednią i górną ścianę górnej szczęki, wrósł do oczodołu i wywołał wytrzeszcz oka. Znieczulono nerwy szczękowy, łzowy, nosowo-rzęskowy i sitkowy. Nerw szczękowy znieczulaliśmy w jamie podniebienno-klinowej, wprowadzając igłę na 5 cm. wgłąb, ku górze i nazewnątrz, pod łuk licowy i zastrzykując 10,0 płynu znieczulającego; nerw łzowy znieczulono u zewnętrznego kąta oka przez wprowadzenie 5,0 płynu; nerw nosowo-rzęskowy i nosowo-sitowy znieczulano, wprowadzając 5,0 płynu wgłąb oczodołu o 2 cm. wyżej wewnętrznego kąta oka. Znieczulono jeszcze oddzielnie miejsce cięcia skóry i błony śluzowej w jamie ustnej. Po podwiązaniu tętnicy dotwarzowej, przeprowadzono cięcie (Nelaton'a-Diffenbacha) przez wewnętrzny kąt oka i oddzielono dolną powiekę.

Gałkę oczną nożem oddzielono od guza (sarcoma magnīglobocellulare), który wrósł do oczodołu. Cięciem tuż u wewnętrznego brzegu zębów, aż poza ostatni trzonowy, oddzielono błonę śluzową i okostnę na podniebieniu twardym, którą wraz z miękkim podniebieniem udało się w całości zachować, a potem przyszyć do wewnętrznej strony policzka. W ten sposób odłączono jamę nosa od jamy ustnej. Chora na drugi dzień po operacji mogła już pić. Operację zniosła bardzo dobrze; po 6 dniach zdjęto szwy.

S p l o t b a r k o w y znieczulaliśmy metodą Kulenkampf'a (nadobojczykowo). W znieczuleniu tym operowaliśmy z b. dobrym wynikiem guz przedramienia u osobnika lat 65. Guz usunięto zupełnie bezboleśnie. Raz jeden nałożyliśmy w znieczuleniu miejscowym szew kostny po złamaniu kości ramieniowej.

O kilkuset drobnych operacjach usunięcia gruczołów, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków w znieczuleniu miejscowym w pracy tej już wspominać nie będziemy.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO DR. A. SOŁOWIEJCZYKA.

O leczeniu chirurgicznym choroby Basedowa.

Podał

A. Graber

Choroba Basedowa lub Grawesa jest słusznie niewątpliwie w głównej mierze przedmiotem rozważań medycyny wewnętrznej. Ale i chirurg tak często bywa powołany w cierpieniu tym do interwencji, że i dlań bliższe poznanie istoty tego schorzenia staje się w równym stopniu ważne, jak dla terapeuty, przyczym poza stroną teoretyczną całego zagadnienia, niemniej ważny jest tu racjonalny wybór tego lub innego sposobu leczenia. Pytanie, jakie przypadki operować, kiedy dany przypadek należy operować, czy uprzednio poddać go radioterapji, w jaki sposób i czy wogóle należy chorych przygotowywać do zabiegu — wszystko to pozostaje, jak dotychczas, w dostatecznej mierze nierozstrzygnięte. I nic dziwnego, gdyż przedewszystkiem istota choroby Basedowa nie jest nam jednak dotąd jeszcze dokładnie znana. Nie będę tu nazbyt szczegółowo podawał naogół znanych rozmaitych teorji tego cierpienia. Ośrodkiem zaburzeń w tej chorobie na podstawie badań klinicznych i doświadczalnych na zwierzętach, jest układ nerwowy i tarczyca, przyczym należy tu mieć na uwadze nietyle tarczycę samą, ile bliżej jeszcze nie wyjaśnione zaburzenia korrelacji gruczołów dokrewnych, których wyrazem zewnętrznym, jako znamię schorzenia tarczycy, są objawy t. zw. *hyperthyreoidismus*. Potwierdzeniem tego, najbardziej przekonywującym, mogą być badania histologiczne Tavella (zmiany anatomopatologiczne w różnych gruczołach dokrewnych w chorobie Basedowa). Pozostaje jednak nie rozwiązane pytanie, czy przerost gruczołu tarczowego, jako taki, jest schorzeniem właśnie, czy też jest to tylko wyraz odczynu organizmu na nieznany nam jeszcze bliżej czynnik chorobowy. Terapja chirurgiczna również rzuca nieco światła na tę sprawę, gdyż już i sam sukces operacyjny przemawia do pewnego stopnia za

teorją t. zw. *hyperthyreoidismus*. Właściwie przerost gruczołu nie oznacza jeszcze, że przez to zwiększa się wydzielanie wewnętrzne jego, a nagromadzenie w nadmiarze wydzieliny w gruczole nie jest znów bynajmniej dowodem, że ta dostaje się do krwiobiegu w większej ilości; przeciwnie, mała ilość wydzieliny w gruczole mogłaby raczej być dowodem, że został już wypłukany nadmiar jej do krwiobiegu.

Niemniej znane są jednak przypadki, gdzie operacja zawodzi. One to właśnie, jakoteż przypadki śmierci po zabiegu, przemawiają za tem, że w istocie swej choroba Basedowa jest bardziej złożonym zjawiskiem, niż przypuszczano. Że zaburzenia czynności tarczycy, a z nią łącznie innych gruczołów dokrewnych, biorą udział w tworzeniu zespołu choroby Basedowa, to nie ulega już dzisiaj wątpliwości. Ale nasuwa się pytanie, czy nie należy uważać tych zaburzeń korrelacji gruczołów dokrewnych jedynie za sprawę wtórną, wywołaną schorzeniem układu nerwowego.

Najstarsza teorja wiązała powstawanie choroby Basedowa ze schorzeniem układu nerwu współczulnego. I choć istotnie Cl. Bernard otrzymywał przez drażnienie n. współczulnego na szyi wytrzeszcz gałek ocznych — wiedza współczesna nie pozwala jednak uzależniać wszystkich objawów choroby Basedowa jedynie od zaburzeń w sferze układu współczulnego. To samo dotyczy i nerwu błędnego. Sattler np. uważa, że przyczyny schorzenia tego szukać należy w mózgowiu samym (doświadczalnie wywołany wytrzeszcz przez uraz rdzenia przedłużonego—Filehne).

Obecnie najczęściej, gdy mowa o podłożu chor. Basedowa, myśli się o nerwicy, niedomodze ustrojowej, mniejszej odporności układu nerwowego, specjalnie czułego na hormony tarczycy. Przypadki ostrego zespołu Basedowa nie potwierdzają jednak zupełnie tego mniemania, a w t. zw. „wojennym Basedowie" należy właśnie przypuszczać istnienie podrażnienia nn. wydzielniczych tarczycy pochodzenia ośrodkowego. (W myśl doświadczeń odpowiednich na zwierzętach Ashera i Flacka). Tak czy inaczej rozłączenie teorji nerwowej i teorji gruczołowej jest tu niewątpliwie niemożliwe, wzajemne bowiem oddziaływanie układu nerwowego i wydzielania wewnętrznego jest, jak wskazały np. badania Cyona i Ashera, zbyt wielkie.

Bardziej dostępna rozbiorowi jest sprawa udziału innych gruczołów (prócz tarczycy) w zespole choroby Basedowa. W pierwszym rzędzie zwrócono tu uwagę na rolę nadnerczy. Szybkie tętno, wytrzeszcz, cukromocz i t. p. wskazują na podrażnienie zakończeń n. współczulnego (objawy adrenalinowe Gottlieba). Przypuszczano też, że zwiększona ilość adrenaliny w chorobie Basedowa gromadzi się we krwi—badania ściślejsze nie potwierdziły jednak tego mniemania.[1])

Za udziałem przysadki w chorobie Basedowa przemawiają trzy objawy, a mianowicie: nadmierne moczenie, zmienność ciepłoty ciała i ostatnio podkreślany wzrost długości ciała (Holmgren).

Opisano też przypadek ch. Basedowa ze zmianami w wysepkach Langerhansa. Znaczenie wybitne ma tu też, jak się zdaje, spostrzegana w chorobie Basedowa grasica trwała (*thymus persistens)*. A gdy Garre ogłosił przypadek wyleczenia ch. Basedowa po usunięciu grasicy, chirurdzy poczęli zwracać baczniejszą uwagę na ten gruczoł. Przypadek Garre był tymbardziej pouczający, że wykonana uprzednio operacja na tarczycy pozostała bez wpływu na przebieg cierpienia. Capelle, Rehn, Sauerbruch i inni mieli również dobre wyniki w leczeniu ch. Basedowa, gdy usuwali tylko grasicę. Powodem zwrócenia odtąd przez chirurgów uwagi na grasicę były przypadki ch. Basedowa z grasicą trwałą, często spostrzegane na sekcji. W związku z tem Hart przypisuje grasicy nie mniejsze znaczenie w rozwoju niektórych przypadków zespołu Basedowa, niż tarczycy i rozróżnia postacie ch. Basedowa: tarczycoi grasicopochodne. Są też postacie mieszane. Podkreślić jednakże należy, że inni chirurdzy, jak np. Melchior, odnoszą się negatywnie do usuwania grasicy w ch. Basedowa.

Wziąwszy pod uwagę łącznie myśli wyżej wypowiedziane, mimowoli nastręcza się pytanie, czy pod zespołem ch. Basedowa, względnie pod nazwą dzisiejszą tej choroby, nie łączy-

---

[1]) Uwaga. Przypadki współczesnego rozwoju ch Basedowa i Addisona u tego samego osobnika nie przemawiają również za udziałem nadnerczy w ch. Basedowa, mamy tu bowiem do czynienia z anatomicznemi zmianami w nadnerczach w postaci zaniku lub gruźlicy.

my obecnie szeregu objawów, które w przyszłości być może rozpadną się na poszczególne obrazy chorobowe.

Jeżeli z kolei przejdziemy do przeglądu różnych metod postępowania chirurgicznego w chorobie Basedowa, to przekonamy się, że tworzą one 3 grupy zasadnicze. Do I-ej zaliczyć należy zabiegi na tarczycy, do II-ej—zabiegi na grasicy, do III-ej — zabiegi na n. współczulnym. Co się tyczy grupy pierwszej, to chirurgja rozporządza tu kilku sdosobami. Z nich wymienić należy: 1) podwiązanie naczyń gruczołu bądź tylko górnych, bądź dolnych, bądź też wszystkich naraz (podwiązuje się zwykle tylko 3 naczynia); 2) częściowe wycięcie gruczołu; 3) częściowe wycięcie z podwiązaniem naczyń, a wreszcie 4) całkowite usunięcie gruczołu (usuwa się tu cały płat z jednej strony, węzinę gruczołu i $^{2}/_{3}$ płatu z drugiej strony—Riedel).

Kocher radził wykonywać resekcję etapami, aby zapobiec zaburzeniom równowagi w czynności gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym. Wobec tego, że niekiedy operacje na gruczole tarczowym zawodzą, niektórzy chirurdzy, jak już powiedziano wyżej, poczęli usuwać grasicę. Do zabiegu na grasicy przystępują jedni bezpośrednio, inni zaś po uprzednio bezskutecznie dokonanej operacji na tarczycy.

Jeżeli wspomnimy tu o zabiegach na n. współczulnym, to chodzi tu przedewszystkiem o operację, poleconą przez Jabolay'a, którą obecnie stosuje Jonnesco, usuwając obustronnie na szyi n. współczulny wraz z 3 zwojami.

A teraz, czy wogóle chorych należy przygotowywać do zabiegu? Dotychczas niema pod tym względem jeszcze określonego planu postępowania. Różni chirurdzy postępują różnie. Leczenie surowicze (Möbius, Rogers) oraz mlekiem Lanza nadawałoby się może, jako środek przygotowawczy, przedoperacyjny. Metodyczne jednak badania w tym kierunku nie znalazły dotychczas zastosowania.

Do naświetlania gruczołu promieniami Roentgena przed zabiegiem chirurdzy odnoszą się przeważnie negatywnie. Wpływ na stosunek taki operatora do radjoterapji wstępnej ma ta okoliczność, że pod wpływem promieni Roentgena tworzą się rozległe zrosty gruczołu z otaczającemi tkankami,

a tkanka gruczołowa staje się b. krucha, co w znacznym stopniu utrudnia zabieg operacyjny.

Wszystkie dotychczasowe wysiłki zdążają jednak ku temu, aby zabieg operacyjny wykonać dopiero wówczas, kiedy osobnik chory znajduje się w najbardziej pomyślnym stanie zdrowia.

Ostrożność, która cechuje chirurga, gdy idzie o zabieg w chorobie Basedowa, ma swoje usprawiedliwienie w dość często spostrzeganych u tych chorych nagłych wypadkach śmierci po operacji. Naogół uważa się, iż rozwiązanie śmiertelne stoi w bezpośrednim związku przyczynowym z zabiegiem. Operowani umierają, jak wiadomo, przeważnie nie zaraz po operacji, lecz po 12—24 godzinach mniej więcej. Niejednokrotnie już zastanawiano się nad przyczyną przypadków śmierci, bądź co bądź nagłej. Mówi się tu o schock'u, wstrząsie, o niedomodze serca. Obraz kliniczny od zabiegu do chwili zejścia śmiertelnego ma przebieg podostry. Na pierwszy plan obrazu tego wysuwają się objawy groźne ze strony serca. Tętno jest przyśpieszone, niemiarowe, nie wszystkie skurcze dochodzą do obwodu, wreszcie tuż przed zejściem występuje obraz trzepotania serca. *In extremis* stwierdza się nad sercem nieregularne szmery, niekiedy podmuch ssący (Rost.). Z drugiej strony chory wpada w niepokój coraz większy do granic psychozy, twarz zdradza silne uczucie strachu, chory poci się, niekiedy ma duszność. Świadomość bywa zamroczona, a ciepłota podwyższona. Wybitne drżenie ciała przypisać należy działaniu adrenaliny. Obraz taki, pomijając wybitne podrażnienie nerwowe, przemawia niewątpliwie za niedomogą serca. Ale skąd jej nagłe powstanie, jak ją wytłumaczyć? Sądzono, że usunięcie gruczołu tarczowego powoduje znaczne zaburzenie korrelacji gruczołów dokrewnych, a to właśnie prowadzi do nagłej śmierci. Jednakże usuwanie części gruczołu, a nawet tylko podwiązanie naczyń, również wywoływało zejścia śmiertelne. Spostrzeżenia, w których stwierdzono na sekcji grasicę trwałą, spowodowały zarzut, że narkoza ma tu wpływ zgubny na chorego — analogicznie do zjawiska, które się spostrzega u chorych w t. zw. grasiczo-chłonnym stanie ustrojowym (*st. thymolymphaticus),* którego się w ch. Basedowa dopatrywano. Lecz znane są również, jak wiadomo, przypadki śmierci nagłej po znieczuleniu miejscowym.

To też należy się w pierwszym rzędzie zastanowić, czy zamiana uśpienia przez znieczulenie miejscowe jest rzeczywiście dla chorego korzystna. Do znieczulenia miejscowego używamy preparatów kokainowych (nowokaina, eukaina, tropokaina) z domieszką adrenaliny. Badania farmakologiczne, jak wiadomo, wykazały, że zarówno adrenalina, jak i kokaina, oraz jej związki pochodne, działają szczególnie silnie na zakończenia n. współczulnego — przyczem zadane współcześnie potęgują łącznie bardziej jeszcze to działanie. Ale czy w chorobie Basedowa jest to pożądane? Badania F a l l a, E p p i n g e r a i R o d i n g e r a wykazały, że wyciąg z gruczołu tarczowego działa zarówno na układ n. współczulnego, jak i n. błędnego. Zwrócono więc odtąd uwagę na badania doświadczalne, mające na celu ujawnić, jakiego układu udział przeważa w chorobie Basedowa. Lecz okazało się, że różne przypadki ch. Basedowa różnie reagują np. na pilokarpinę lub adrenalinę, w jednej części doświadczeń dostrzegano bowiem wzmożenie się objawów chorobowych po zadaniu adrenaliny, w innych znów po zadaniu pilokarpiny, jeszcze w innych widziano złe oddziaływanie i na pilokarpinę i na adrenalinę. Tak więc, w chorobie Basedowa ma się do czynienia zarówno z przypadkami sympatyko-, jak i vagotonicznemi, jako też z formami mieszanemi. Jeżeli przeto idzie o przypadki sympatykotoniczne, to nie ulega wątpliwości, że adrenalina i kokaina są tu bezwzględnie szkodliwe, przypadki te więc do znieczulenia miejscowego się nie nadają. To też część wypadków śmierci pooperacyjnej należałoby złożyć na karb znieczulenia miejscowego w tym samym stopniu, co przypadki śmierci u osobników z grasicą trwałą, na karb uśpienia ogólnego.

Co jednak zabiera więcej ofiar, czy narkoza, czy znieczulenie miejscowe, gdy się stosuje tę lub inną metodę wyłącznie, nie jest narazie rozstrzygnięte.

To też niewątpliwie najbardziej na miejscu byłoby zawsze postępować indywidualnie w sprawie znieczulania i zależnie od charakteru przypadku tak, jak się to ma z wyborem sposobu operowania. Należy więc przed zabiegiem zawsze dokładnie uprzednio określić, w myśl H a r t a, z jakim przypadkiem ma się do czynienia, t. j. czy mamy przed sobą zespół ch. Basedowa tarczyco-pochodny, czy grasiczo-pochodny,

czy też z postacią mieszaną. W tym ostatnim przypadku trzeba poddać zabiegowi naprzód tarczycę. Jeżeli rozwój cierpienia jest daleko posunięty, to szczególnie uzasadnione jest postępowanie b. ostrożne (częściowe wycięcie guza podwiązanie naczyń).

Należy również czynić próby, aby określić przed zabiegiem operacyjnym, czy przypadek należy do grupy sympatykotonicznej, czy też vagotonicznej i od wyniku tego badania wstępnego uzależnić wybór metody znieczulenia: uśpienie czy też znieczulenie miejscowe. Podkreślić należy raz jeszcze, że użycie kokainy z adrenaliną w typie sympatykotonicznym jest przeciwskazane. Kilka dni przed zabiegiem chory winien być odosobniony, należy mu dawać środki nasenne (z grupy tłuszczowych), aby przed zabiegiem był możliwie spokojny.

Z kolei zwrócimy się do sprawy nie mniej ważnej, a mianowicie do omówienia przypadków, które do zabiegu bezwzględnie się nie nadają. Przedmiot ten rozpatrywać należy z 2 względów: po pierwsze, wyłączyć należy te przypadki, w których występują ciężkie zaburzenia psychiczne; po drugie, przypadki, w których tętno jest b. przyśpieszone (powyżej 150—160), gdy występuje niemiarowość tętna, jak również rozstrzeń serca, obrzęki. Bardzo ważną rolę gra tu też obraz krwi, często bowiem w ch. Basedowa wzór leukocytowy ulega zmianie, a mianowicie zwiększa się liczba jednojądrzastych ciałek białych krwi, a zmniejsza wielojądrzastych, wzrasta też i liczba kwasochłonnych. Otóż przypadki, w których liczba limfocytów przekracza 50—55 na 100, bezwzględnie do zabiegu się nie nadają.

Obserwacje przypadków chor. Basedowa, operowanych na oddziale dr. Sołowiejszyka, nasunęły mi uwagi wyżej wypowiedziane. Z pośród kilkudziesięciu operowanych tam przypadków choroby Basedowa podaję w szkicu tylko kilka następujących.

A. S., lat 52. Duży guz tarczycy. Wytrzeszcz nieznaczny. Chory podrażniony, niespokojny. Tętno 82. Operacja: usunięcie jednego płata tarczycy w znieczuleniu miejscowym. Wyzdrowienie.

M. E., lat 18, panna. Duży rozlany guz tarczycy. Wytrzeszcz. Möbius +. Nieznaczny niepokój. Tętno normalne. Operacja: usunięcie jednego płata tarczycy w znieczuleniu miejscowym. Wyzdrowienie.

S. G., lat 15. Duży guz tarczycy. Gałki oczne bez zmian. Tętno 112. Chora b. podniecona. Poty znaczne. Drżenie rąk wybitne. Operacja: morf. + znieczulenie skóry. Usunięcie 1 płata tarczycy. Exitus.

D. R., lat 38, kobieta. Duży guz tarczycy. Wytrzeszcz. Graefe, Möbius dodatni. Tętno 100. Wyraźne drżenie kończyn i języka. Operacja. Morf. 0,02. Usunięcie 1 płata tarczycy. Wyzdrowienie.

L. N., lat 30. Duży guz tarczycy. Ze strony gałek ocznych żadnych zmian. Drżenie kończyn i języka. Tętno 56. Chory spokojny, apatyczny. Operacja: usunięcie płata i węzłny (isthmus) gruczołu w znieczuleniu miejscowym. Wyzdrowienie.

S. R., lat 19. Guz tarczycy wielkości jaja kurzego. Wytrzeszcz. Graefe, Möbius, Stelwag — dodatnio. Tętno 140. Drżenie kończyn i języka. Operacja: morfina 0,02, usunięcie 1 płata tarczycy. Wyzdrowienie.

F. T., lat 15. Guz tarczycy wielkości pięści. Nieznaczny wytrzeszcz. Tętno 92. Chora niespokojna. Drżenie kończyn. Operacja: Morf. + znieczulenie skóry. Usunięto płat z jednej strony, węzinę i część płata z drugiej strony. Wyzdrowienie.

J. E., lat 32. Guz tarczycy wielkości pięści. Wytrzeszcz nieznaczny. Ciepłota 36°. Tętno 120. Chora b. niespokojna. Drżenie kończyn i języka. Operacja: Morf. + znieczulenie skóry. Guz usunięto. Wyzdrowienie.

P. E., lat 29. Duży rozlany guz tarczycy. Ciepłota 37°. Wytrzeszcz. Graefe, Möbius, Stelwag—dodatnio. Tętno 120. Wybitne drżenie kończyn. Chora b. niespokojna. Pocenie się znaczne. Operacja: znieczulenie miejscowe, 1 płat tarczycy usunięto. Exitus.

S. L., lat 29. Duży guz tarczycy. Wytrzeszcz. Möbius, Graefe, Stelwag—dodatnio. Tętno 120. Wybitne drżenie kończyn. Chory b. niespokojny. Operacja: częściowe usunięcie w znieczuleniu miejscowym. Exitus.

R. D., lat 44. Duży guz tarczycy. Nieznaczny wytrzeszcz. Drżenie rąk. Tętno 100. Chory niespokojny. Operacja: uśpienie chloroformem. Guz usunięto. Wyzdrowienie.

G. K., lat 29. Guz tarczycy wielkości mandarynki. Nieznaczny wytrzeszcz. Graefe, Möbius, Stelwag — dodatnio. Tętno 92. Chora niespokojna. Operacja. Guz usunięto. Wyzdrowienie.

U. J., lat 17. Duży guz tarczycy. Nieznaczny wytrzeszcz. Tętno 92. Nadmierne pocenie się. Chory niespokojny. Operacja: Morf. + znieczulenie skóry. 1 płat tarczycy usunięto. Wyzdrowienie.

Tak więc oględny wybór przypadków ch. Basedowa do leczenia operacyjnego, dokładne ich zbadanie wstępne, zastosowany odpowiednio do przypadku sposób znieczulenia, a co za tem i wybór odpowiedni zabiegu operacyjnego, wreszcie być może również i celowe podrażnienie antagonistycznej upośle-

dzonej części układu nerwowego przez swoiste jady, zawsze wpływ korzystny mieć będą na wynik operacyjnego leczenia ch. Basedowa, względnie na zmniejszenie do minimum przypadków pooperacyjnej śmierci.

A jeszcze jedna uwaga. Stoją mi żywo w pamięci 2 przypadki, gdy chorzy zdradzali niezwykły niepokój już na stole operacyjnym. Aczkolwiek przebieg operacji w obu przypadkach był gładki, zejście było jednak niepomyślne. Wydaje się, że w podobnych przypadkach należy raczej odłożyć zabieg. I mimowoli nasuwa się myśl, że niepokój chorego na stole operacyjnym, silny lęk jego przed zabiegiem, uważać również należy za przeciwwskazanie do operacji.

Z ODDZIAŁU RENTGENOLOGICZNEGO SZPITALA (KIEROWNIK N. MESZ).

Sprawozdanie statystyczne z działalności Oddziału Rentgenologicznego od założenia (1903) do 1924 r. włącznie.

Podali

E. Lubelczyk i I. Chanarin.

Dzięki złożonej w 1903 r. przez p. F. Lewy ofierze (1500 rb.) dla uczczenia pamięci rodziców, Szpital nabył aparat Roentgena (firmy Siemens i Halske); był on wówczas jednym z pierwszych w Warszawie, wzgl. w kraju. Ustawiony zrazu w pokoju obocznym w pracowni anatomopatologicznej, pozostawał tam do 1913 r. i służył Szpitalowi zarówno dla celów rozpoznawczych, jak i leczniczych. Aparat ten stał się podwaliną jednej z nielicznych wówczas w Warszawie szpitalnych pracowni rentgenologicznych. Lecz niebawem, wraz z rozwojem wiedzy radjologicznej i wciąż wzrastającym udoskonaleniem techniki rentgenologicznej, aparat ten z biegiem czasu przestał czynić zadość wymaganiom współczesnym.

Nowe metody badań rozpoznawczych, uzupełniających, a nadewszystko szybki rozwój terapji promieniami X, w postaci t. zw. naświetlań głębokich, wzmogły łącznie tak znacznie zapotrzebowanie, że Szpital zmuszony był nabywać stopniowo aparaty bardziej udoskonalone i wydajne. Tak więc w 1913 r. kupiono aparat Ideal (f-my Reiniger, Gebbert i Schall), zbudowany, jak wiadomo, specjalnie dla badań diagnostycznych. Lecz i ten nabytek, bezwzględnie b. cenny, okazał się wkrótce niedostateczny dla wzrastającego wciąż z roku na rok zapotrzebowania badawczego i leczniczego. Okres wojny zahamował jednak na szereg lat naturalny rozwój tej dziedziny pracy szpitalnej. Dopiero po wojnie, w 1922 r., Szpital zdołał nabyć aparat Universal (f-my Siemens i Halske), który służy także i dla celów leczniczych. Aparat ten różni się od dwóch poprzednich, jest bowiem przystosowany do użycia nietylko lamp gazowych, lecz i lamp elektronowych, t. zw. Coolidge'a. Pozwala to, z jednej strony, stosować promienie o różnym stopniu twardości, a z drugiej—naświetlać chorych bez przerwy w ciągu dowolnego czasu. Wraz z aparatem tym oddział otrzymał i podstawę uniwersalną, której konstrukcja pozwala na zdjęcia i prześwietlania zarówno w pozycji stojącej, jak i leżącej. Ponieważ nabyty w 1913 r. aparat Ideal (dla celów rozpoznawczych) nie posiadał w konstrukcji swej modyfikacji, niezbędnej przy użyciu lamp Coolidge'a, przeto Szpital był z kolei zmuszony nabyć odpowiedni aparat dodatkowy. Lecz zdołano to uskutecznić dopiero w 1924 r. W tym też czasie kupiono przyrząd (którym w kraju dotąd się jeszcze nie posiłkowano), a mianowicie t. zw. zasłonę Buky-Potter'a; dzięki niej można wyłączać działanie na klisze promieni wtórnych, powstających w organizmie chorego podczas przenikania przezeń promieni R. Dzięki temu otrzymuje się rentgenogramy bardziej wyraźne. Okazało się, że ma to szczególnie doniosłe znaczenie dla zdjęć kręgosłupa i czaszki, gdyż pozwala ujawnić i rozpoznać najmniejsze nawet ślady złamania, pęknięcia i t. p. urazów. Nabycie tych wszystkich aparatów rozpoczęło nowy okres w ewolucji naturalnej oddziału rentgenologicznego. Odtąd Szpital mógł już zorganizować i samodzielnie prowadzić dział diagnostyki i terapji. Dziś więc oddział rentgenologiczny składa się właściwie z dwóch gabinetów. Jeden

z nich mieści się na 1 piętrze pawilonu pierwszego w dwóch pokojach, a przeznaczony jest specjalnie dla celów leczniczych. Drugi — diagnostyczny — urządzono na 3 piętrze pawilonu 2 go (nowego chirurgicznego) w 2 obszernych pokojach z gabinetem dla ordynatora.

Zestawione niżej dane statystyczne, np. na tablicy I-ej, wskazują stopniowe z biegiem lat mnożenie się w Szpitalu pracy w dziedzinie rentgenologji. Widzimy tu, jak w okresie przedwojennym, z roku na rok, liczba chorych wzrasta i wzrasta. W 1914 r. frekwencja obniża się; wiąże się to ze zmniejszeniem liczby chorych szpitalnych wogóle, oraz liczby lekarzy, kierujących chorych do badań i leczenia. Liczba chorych oddz. rentgenologicznego w czasie okupacji wojennej ulega wahaniom. Dopiero po ukończeniu wojny, oraz następnie nowego pawilonu chirurgicznego, zjawiła się możność powiększenia oddz. rentgenologicznego. Odtąd praca tu niezmiernie szybko wzrasta; mnoży się zarówno liczba badań diagnostycznych, jak i zabiegów leczniczych. Szczególnie okres dwu lat ostatnich (1923 i 1924) stanowi zwrot historyczny w rozwoju naturalnym oddz. rentgenologicznego, wtedy bowiem dopiero oddział zaczął pracować w warunkach względnie normalnych, należytych, współczesnych, mając do swego rozporządzenia, jak na szpital miejski, zespół aparatów prawie już dostateczny.

To też bardziej szczegółowo należy tu omówić rozwój działalności za ten okres czasu (od 1923 do 1924 włącznie). Praca w nim obejmuje odtąd rentgenodiagnostykę i terapję w całym zakresie współczesnym tych 2-ch dziedzin rentgenologji. A że właściwie są to dwie, naogół niezależne od siebie dziedziny pracy, przedstawiamy je w wykazach liczbowych na tablicach oddzielnych. Na tabl. II-ej wskazano ruch chorych diagnostycznych; ugrupowano ich według lat i płci. Widzimy tu, że najwięcej chorych było w wieku od 11—30 lat i że od 30-go roku życia stale ulega zmniejszeniu liczba chorych, badanych prom. R. w Szpitalu. Wykazy liczbowe o poszczególnych schorzeniach, które były przedmiotem badań promieniami X w Szpitalu, zostały zgrupowane na kilku pozostałych tablicach. A więc choroby kości i stawów na tablicy III-ej, schorzenia przewodu pokarmowego zgrupowano na tablicy IV-ej.

TABLICA I.

Wykaz ruchu chorych na Oddziale Rentgenologicznym od 1905 — 1924 r.

Rok	DIAGNOSTYKA			TERAPJA			Ogółem
	Męż.	Kob.	Razem	M.	K.	Razem	
1905	16	2	18	1	3	4	22
1906	65	39	104	8	21	29	133
1907	78	49	127	17	24	41	168
1908	77	37	114	16	28	44	158
1909	89	55	144	30	20	50	194
1910	70	30	100	25	24	49	149
1911	169	72	241	23	25	48	289
1912	205	101	306	19	9	28	334
1913	436	245	681	50	62	112	793
1914	901	138	538	48	51	99	637
1915	265	60	325	30	41	71	396
1916	183	[illegible]	225	42	27	69	294
1917	244	170	414	63	54	117	531
1918	143	137	280	47	33	80	360
1919	300	251	551	78	61	139	690
1920	149	101	250	43	31	74	324
1921	187	143	330	26	58	84	414
1922	201	182	312	87	71	156	548
1923	519	561	1120	116	191	307	1427
1924	684	627	1311	151	169	320	1631

TABLICA II.

Ruch chorych diagnostycznych podług wieku i płci.

Wiek	1/I 1923 do 31/XII 1923 r.				od 1/I 1924 do 31/XII 1924 r.			
	Męż.	Kob.	Razem	Miejsce według liczby chorych	Męż.	Kob.	Razem	Miejsce według liczby chorych
Do 10 lat	46	37	83	VI	56	50	106	VI
od 11 l.—20 l.	130	108	239	I	133	130	263	II
21 l. — 30 l.	104	127	231	II	125	146	271	I
31 l. — 40 l.	87	83	170	III	99	101	200	III
41 l. — 50 l	96	65	161	IV	104	82	186	IV
51 l. — 60 l.	82	46	128	V	88	63	151	V
61 l. — 70 l	44	16	60	VII	47	34	81	VII
71 l. — 80 l	5	4	9	VIII	11	8	19	VIII
wyżej 80	1	1	2	IX	1	3	4	IX
wiek nieznany	24	14	38	—	20	10	30	—
Ogółem	619	501	1120		684	627	1311	

TABLI

1923.

Choroby

BYŁY BADANE	Nowotwory	Gruźlica	Zapalenie szpiku kostnego	Złamania	Zwichnięcia	Ciała obce	Wady wrodzone	Zmiany gośćc.	Zapal. okostnej	Kiła	Zesztywnienia	Krzywica	Zapal. zatok	Normalne	Razem podług odcinków kośców	Miejsce wd. licz-by przypadków
Czaszka	39			6									3	31	79	I
Szczęka	3	4	7	1									7	4	26	IX
Żuchwa i zęby						2									2	XXIV
Kość jarzmowa		1													1	XXVI
Kręgi szyjne		1												7	8	XVIII
„ grzbiet.	5	19		2				1						15	42	V
„ lędźwiow.	1	13						2						9	25	X
„ krzyżowe	2	5					3	6						12	28	VII
Mostek														1	1	XXV
Żebra		4		1			2							3	10	XVII
Miednica	1	2		4								2		6	15	XV
Łopatka	1	1		1											3	XXII
Obojczyk				1	3										4	XXI
Staw barkowy		2			1									2	5	XX
Ramię	1		1	15										1	18	XIII
St. łokciowy		7			3									6	16	XIV
Przedramię	2			17		2			1					1	23	XI
St. napiąstkow.		5						1						1	7	XIX
Dłoń		3		2		2	4	2						6	19	XII
St. biodrowy		26			8	1	1			1	1	1		17	56	II
Udo	8	1	8	18		4			2	1		2		2	46	IV
Staw kolanowy		17			1		1	5		2	4	1		9	40	VI
Rzepka		1		1										1	3	XXIII
Podudzie	3	1	10	30		1			1			1		8	55	III
Staw skokowy	1	7												3	11	XVI
Stopa		8		4		3	4	1						6	26	VIII
Razem podług chorób	67	128	26	103	16	15	15	18	4	4	5	7	10	151	568	

C A III.

kostne. **1924.**

Nowotwory	Gruźlica	Zapalenie szpiku kostnego	Złamania	Zwichnięcia	Ciała obce	Wady wrodzone	Zmiany gośćc.	Zapal. okostnej	Kiła	Zesztywnienia	Krzywica	Zapal. zatok	Normalne (brak zmian kostnych)	Razem pogluu odcinków kośćca	Miejsce wg. liczby przypadków
48			8						1		2	5	45	109	I
5	7	8	2					3				7	5	37	X
													2	2	XXIII
	2												2	4	XXII
4	2												10	16	XIII
8	24				2								18	52	VIII
2	15						4						20	41	IX
3	6					19	11						25	64	IV
	6													6	XX
	3		1										5	9	XVIII
2	3		5								3			13	XV
			3	4									3	10	XVII
2	1			3							1		7	14	XIV
2	3	3	30		9				3					50	VI
	10			5						6				21	XI
1		20	21				6						8	56	V
	8					5							7	20	XII
	12		4										5	21	XI
2	40			9									18	69	III
1	13		46		5			4	4		4		12	89	II
	21						5		4	10	3		5	48	VII
	1		2										2	5	XXI
		5	21		4			2	3		6		1	42	VIII
	7												1	8	XIX
	10												1	11	XVI
80	194	36	143	21	20	24	26	9	15	16	19	12	202	817	

TABLICA IV.
Diagnostyka przewodu pokarmowego.

Narząd	Wyszczególnienie schorzenia	Liczba w roku 1923	Liczba w roku 1924	Sposób badania
Przełyk	Zwężenia	9	7	Badanie papką kontrastową (przez usta) od góry.
	Ciała obce	1	3	
	Nowotwory	—	3	
	Brak zmian	8	2	
Żołądek i dwunastnica	Rak	23	30	
	Wrzód żołądka	9	8	
	Rozszerzenie żołądka	1	2	
	Opadnięcie żołądka	4	10	
	Zwężenie odźwiernika	5	5	
	Niedomoga odźwiernika	2	1	
	Żołądek po zespoleniu żołądk.-jelit.	3	4	
	Wrzód dwunastnicy	53	48	
	Zrosty i zapalenia okołodwunastnicze	10	12	
	Zmian nie wykryto	11	7	
Jelita cienkie	Zwężenia jelit cienkich	5	8	
	Zastój w jelicie krętym	8	5	
	Zrosty	7	10	
	Opadnięcie trzew	1	3	
	Zmian nie wykryto	11	22	
Jelita grube	Nowotwory jelita ślepego	1		Od dołu (wlewania)
	Gruźlica " "	8		
	Kątnica ruchoma	2		
	Zep. z pow. zwiotcz. lub kurczu kiszek	1		
	Zwężenie zgięcia wątr. jel. grubego	3	2	
	Rak poprzecznicy	2		
	" części zstępującej	1		
	Zwężenie części zstępującej	3	2	
	" kątnicy	5	8	
	Mego - Megalosigma	6	8	
	Zmian nie wykryto	8	3	
		211	213	

TABLICA V.

Ruch chorych terapeutycznych podług lat i płci.

WIEK	Od 1/I 1923 do 31/XII 1923				Od 1/I 1924 do 31/XII 1924			
	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Miejsce według liczby chor.	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Miejsce według liczby chor.
Do 10 lat	11	14	25	VI	12	12	24	VI
Od 11 — 20 lat	22	43	65	I	29	38	67	I
„ 21 — 30 „	16	27	43	IV	31	24	55	II
„ 31 — 40 „	13	30	43	III	18	29	47	IV
„ 41 — 50 „	19	29	48	II	25	26	51	III
„ 51 — 60 „	15	27	42	V	19	26	45	V
„ 61 — 70 „	6	8	14	VIII	8	7	15	VII
„ 71 — 80 „	1	2	3	IX	2	1	3	IX
Wyżej 81 lat	—	—	—	—	—	—	—	—
Niepodany wiek	13	11	24	VII	7	6	13	VIII
Ogółem	116	191	307		151	169	320	

TABLICA VI.

Schorzenia, naświetlane na Oddz. rentgenologicznym.

Wyszczególnienie choroby	1923	1924	Wyszczególnienie choroby	1923	1924
Choroby skórne.			**Nowotwory**		
Eczema	9	10	**(anat. patolog. nie badane).**		
„ seborrhoicum. . .	1	—			
Sycosis	4	3	Tumor cerebri	4	8
Scledermia	1	2	„ hypophyseos . . .	25	44
Lichen ruber acuminatus .	2	1	„ cerebelli	4	9
Neurodermitis circumsc. .	1	1	„ orbitae	1	1
Pityriasis rubra	1	4	„ medullae spinalis .	5	9
Pruritus vulvae	2	—	„ retropharyngeus . .	2	—
Psoriasis	6	5	„ fossae retromaxillar	1	—
Lupus vulgaris	31	40	„ „ pterygoideae	1	—
„ erythematodus . . .	2	1	„ vertebrarum . . .	1	6
Tbc. cutis	8	9	„ supraclavicularis. .	1	1
Scrophuloderma	1	2	„ ossis femoris . . .	2	1
Herpes tonsurans	1	1	„ pedis	1	1
Mycosis fungoides	1	—	„ humeri	1	—
Favus	15	6	„ mediastini	3	3
Keloid . . . . :	2	—	„ pleurae	1	2
Verruca	3	2	„ prostatae	1	2
Cancroid	6	2	„ pancreatis	1	
Ca. cutis	2	4			
Combustio p. Rentgena . .	1	—			

Wyszczególnienie choroby	1923	1924
Mięsaki.		
Angiosarcoma faciei	1	1
Osteosarcoma os. frontis	1	2
Sarcoma colli	2	2
„ scapulae	1	—
Osteosarcoma costarum	1	—
Sarcoma reg. lumbalis	1	—
Sa ovarii	3	2
Osteosarcoma femoris	1	1
Sa cruris	2	3
„ pedis	1	2
Fibrosarcoma antibrachii	1	—
Lymphosarcomatosis	1	1
Nabłoniaki.		
Ca os. frontalis	1	2
„ vertebrarum	1	—
„ laryngis	1	2
„ mammae	18	25
„ pulmonis	1	2
„ hepatis	1	1
„ vesicae urinariae	4	2
„ ovarii	1	—
„ uteri	9	12
„ coeci	1	—
„ recti	5	4
„ cruris	1	2
„ pedis	1	1
Gruźlica (oprócz skóry).		
Spina ventosa	1	—
Tbc ossis	10	12
Spondylitis tbc.	3	5
Peritonitis tbc.	7	6
Lymphadenitis tbc.	12	15
Choroby krwi.		
Leucaemia myelogenes	5	10
„ lymphatica	2	6
Pseudoleucaemia	2	—
Symphogranulomatosis maligna	5	4
Morbus Basedowi	6	3
Diathesis haemorrhagica	1	—
Morbus Addisoni	1	—
„ Werlhofi	1	3
Anaemia perniciosa	1	—
Choroby kobiece.		
Metrorrhagia	4	3
Metritis chronica	1	—
Myoma uteri	1	3
Graviditas	1	—
Osteomalacia	2	—
(Nowotwory org. kobiecych w rubryce nowotwory).		
Choroby nerwowe. (Oprocz nowotworów).		
Sclerosis multiplex	1	2
Syringomyelia	3	3
Ischias	3	2
Inne choroby		
Arthritis deformans	1	1
Asthma bronchiale	3	2
Actinomycosis	1	1
Fistula ani	1	1
„ pancreatis	1	1
Tonsillitis chron.	2	1
Osteomyelitis	1	—

Badań płuc wykonano w 1923 r. 155, w 1924 — 198. W pracy diagnostycznej w tym okresie czasu usiłowano stale stosować najnowsze metody badania. Oddział rentgenologiczny Szpitala pierwszy w Warszawie wprowadził do zakresu swych badań stałych encephalografję, pyelografję i badanie lipjodolowe. Wyniki tych doświadczeń oddziału były już w piśmiennictwie polskim przedmiotem prac specjalnych, ogłoszonych przez lekarzy Szpitala—Bregmana, Flataua, Mesza, Prussakową i Szenkiera.

Tablica V przedstawia wykaz ruchu chorych, którym stosowano naświetlania terapeutyczne. W roku 1923 - 307 chorych

otrzymało 1568 naświetlań w 475 serjach, w 1924 — 320 chorych otrzymało 1895 naświetlań w 512 serjach. Oddział stosował leczenie prom. Roentgena w b. wielu schorzeniach, które zestawiono na tabl. VI-ej.

Jak widzimy z wykazów, zapisanych na powyższych tablicach, nie było prawie dziedziny patologji, gdzieby nie posiłkowano się promieniami X. Oddział rentgenologiczny Szpitala pokonać musiał i musi, rozumie się, nie jedną przeszkodę materjalną, aby uczynić zadość żądaniom, stawianym przez poszczególne działy szpitalne. Dopiero np. w 1923 r. można było nabyć na własność „Radiometr" Holzknechta (dotąd korzystano z prywatnego przyrządu kierownika), a w r. 1924 — „Intensymetr" Fürstenau'a. Jak wiadomo, niezwykle szybki postęp techniki w tej dziedzinie stworzył jeszcze bardziej precyzyjne przyrządy miernicze, jak „Dosiemetr" Siemensa, „Jontoquantimetr" i „Radiometr" Salomona, o zakupieniu których zrazu, wobec skromnego budżetu oddziału, mowy być nie mogło. Lecz i te przyrządy stopniowo i z konieczności oddział zdobywa. Gdy wraz z tym w terapji zaczęto na stałe stosować lampy elektronowe typu Coolidge'a i gdy oddział otrzymał odpowiednio udoskonaloną podstawą do naświetlań głębokich, praca zbliżyła się tu już do poziomu, jaki dawniej zdobyły odpowiednie placówki zagranicą.

Metodyka naświetlań naszych odpowiada tej, którą ustaliło doświadczenie szkoły wiedeńskiej Holzknechta, przyczym wprowadziliśmy w miarę czasu zmiany, oparte na najnowszych zdobyczach wiedzy rentgenologicznej i doświadczeniu własnym. Co się tyczy wyników leczniczych, to naogół biorąc, były one zadowalające, zwł. w cierpieniach o podłożu gruźliczym (schorzenia skóry, kości, stawów), w cierpieniach narządów krwiotwórczych (*leucaemia, lymphogranulomatosis*), w chorobach skórnych oraz w przypadkach naświetlań uzupełniających, pooperacyjnych miejsc i ognisk nowotworów usuniętych. Co się tyczy chorych, naświetlanych w Szpitalu być może w największej liczbie, a mianowicie z powodu guzów móżdżku, przysadki i in. części ukł. nerwowego, to o wynikach rentgenoterapji w tej dziedzinie była już mowa w pracach kierowników oddziałów nerwowych Szpitala. Pozatym wyniki leczenia promieniami X nowotworów ukł. nerwowego, jak również guzów

łagodnych i złośliwych innych narządów, będą niebawem przedmiotem specjalnej pracy naukowej, do której oddział już przystąpił.

Dla uzupełnienia dodać należy, że z materjału klinicznego oddziału i zgromadzonych tam rentgenogramów korzystali często lekarze, biorący udział w specjalnie urządzanych kursach z dziedziny rentgenologji lub też specjaliści, przybywający z prowincji, aby uzupełnić swe wiadomości w tej dziedzinie pracy lekarskiej.

W końcu kilka słów jeszcze o niektórych dojrzałych potrzebach oddziału na podstawie doświadczenia lat ubiegłych. Na pierwszym planie wymienić tu należy sprawę budowy oddzielnego gmachu dla oddziału rentgenologicznego. W kierunku urzeczywistnienia tego zamierzenia poczyniono już wstępne kroki. Niemniej ważną jest sprawa powiększenia personelu pomocniczego, lekarskiego i technicznego, gdyż, jak dotąd, oddział rentgenologiczny, który zaspokoić musi potrzeby Szpitala o 1200 łóżkach, prócz kierownika ma do pomocy zaledwie jednego lekarza, przyczym kontraktowego, a więc gorzej płatnego, nie bacząc na to, że praca na oddziale rentgenologicznym należy do najbardziej odpowiedzialnych i szkodliwych dla zdrowia. Lecz braki te i niektóre inne jeszcze wkrótce będą usunięte, zrozumienie bowiem potrzeb oddziału rentgenologicznego znalazło już swój wyraz w 6-cio krotnym prawie powiększeniu budżetu na rok bieżący i wyznaczeniu specjalnego funduszu na zakup jeszcze jednego aparatu najnowszego typu, specjalnie dla celów leczniczych.

Sprawozdania z posiedzeń naukowych.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 21 listopada 1924 r. (Ciąg dalszy).

Przewodniczył St. Klejn.

J. Kempner. **Przypadek porażenia postępującego.** (Patrz Kw. Kl. 1925 r. Zesz. I, str. 65).

W rozprawie Wizel zwraca uwagę na rzadkość u nas paraliżu postępującego u kobiet żydówek. Wspólne obserwacje obu

oddziałów psychjatrycznych w Szpitalu na Czystem wykazują nie więcej, jak dziesięć przypadków, co najprawdopodobniej stoi w związku z właściwościami rasy; jest to też niewątpliwie zależne od odrębnej kategorji umysłowo chorych Szpitala, przeważnie z warstwy społeczeństwa, dotkniętej naogół w małym stopniu kiłą. Natomiast statystyka klinik zagranicznych wykazuje znacznie większą liczbę schorzeń metaluetycznych wśród żydów, co należy wiązać z asymilacją oraz odmiennymi warunkami życia.

Bregman zaznacza, że przy porównywaniu częstości porażenia postępującego wśród żydów i chrześcijan, należy zwrócić szczególną uwagę na alkoholizm, który u żydów jest mniej rozpowszechniony, a który w dużej mierze, jako czynnik dodatkowy, przyczynia się do powstawania tego cierpienia.

Higier obserwował przypadki paraliżu postępującego w okresach bardzo wczesnych po zarażeniu, w 2—3 lata i nawet u dzieci, u których schorzenie to zazwyczaj maskuje stan, podobny do padaczkowego.

Bychowski (mł.) widział w klinice psychjatrycznej w Lozannie 19-letniego chłopca, który w bardzo krótkim czasie po zakażeniu zachorował na porażenie postępujące.

Arkin. **Herpes zoster ophtalmicus.** (Pokaz chorego; z oddz. L. Endelmana).

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na objawy oczne. W przebiegu choroby, gdy sprawa skórna uległa poprawie, wystąpiły objawy zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego z jednoczesnymi naciekami w rogówce; wziernikowo stwierdzono zapalenie n. wzrokowego (przekrwienie tarczy, zatarcie jej granic, rozszerzenie żył). W myśl badań Doerra i Schnabla, zapalenie tęczy i nerwu wzrokowego powstało tu na tle zatrucia jadem opryszczkowym, który utożsamiają obecnie z jadem nagminnego zapalenia mózgu. Za wrota wejściowe należy uważać rogówkę.

Markusfeld. a) **Przypadek owrzodzenia pierwotnego na migdałku.**

M. przedstawia 18-letniego J. B., przybyłego z oddziału laryngologicznego dnia 8.IX. 1924 r. Chory od 2 tygodni doznaje silnych bólów w gardle, zwłaszcza przy łykaniu; nie gorączkuje. Badanie wykazało: powiększenie, obrzęk oraz zaczerwienienie lewego migdałka, na powierzchni jego owrzodzenie kształtu okrągłego, wielkości grosza, o brzegach nieco wzniesionych i dnie gładkim, błyszczącym, jakby wydłutowanym, koloru szynki wędzonej. Na skórze i widocznych błonach śluzowych, zarówno jak i ze strony narządów wewnętrznych, zmian nie stwierdzono. Gruczoły szyjne po stronie lewej znacznie powiększone, twarde, niebolesne. Wassermann w krwi — ujemny. Rozpoznano typowe owrzodzenie migdałka, co zostało po-

twierdzone przez wykrycie w surowicy, pobranej z owrzodzenia, żywych krętków bladych. Podczas leczenia swoistego stan chorego się poprawił, powierzchnia owrzodzenia zaczęła się oczyszczać, po kilku jednak dniach wystąpiła gorączka do 39°; migdałek twardy, na dotyk niebolesny, znacznie się powiększył, powierzchnia jego jednolicie owrzodziała, pokryła się miejscami szaro-brudnym, trudno ścierającym się nalotem; pod lewym kątem żuchwy gruczoły chłonne zlały się w jednolitą masę, tworząc guz wielkości jabłka, mało ruchomy, twardy, niebolesny. Zmiany te, zarówno jak gorączka, wystąpiły najprawdopodobniej w związku z wessaniem rozpadającego się nacieku, co też nie powinno stanowić przeciwwskazania do dalszego stosowania leczenia swoistego. W rozpoznawaniu podobnych przypadków należy wyłączyć anginę Vincenti, nowotwory, owrzodzenia gruźlicze oraz rozpadowe kilaki.

W rozprawie Lubliner podaje, że chory przebywał pod jego obserwacją kilka dni na oddziale laryngologicznym; rozpoznanie wahało się między miesakiem limfatycznym a owrzodzeniem pierwotnym. L. sądzi, że leczenie salwarsanowe w danym wypadku nie dało polepszenia, przeciwnie — nastąpiło nawet pogorszenie, co każe się zastanowić, czy terapja dawna, swoista, nie prowadziła w podobnych okolicznościach do wyników pewniejszych. L. uważa również za wskazane wycięcie owrzodzenia w przypadkach uporczywych.

Sterling skłonny jest tłumaczyć rozpad owrzodzenia pierwotnego, który wystąpił u chorego podczas leczenia, w sposób następujący. Natężenie objawów w przymiocie, począwszy od plamki, aż do postaci wrzodziejących, należy przypisać stopniowi allergji danego ustroju, od czego zależy również i objaw Jarisch-Herxheimera, przypisywany dziś działaniu endotoksyn, wyzwolonych z ciał krętków pod wpływem działania leku. Można więc przypuścić, że dany osobnik obdarzony jest właśnie dużą allergją i że pod wpływem leczenia wystąpił tu rozpad, analogiczny do tego, który spostrzegamy w zjawisku rozpadowych wysypek. S. jest również zwolennikiem wycinania migdałka, dotkniętego objawem pierwotnym, o ile warunki topograficzne na to pozwalają; w przeciwnym razie dąży do zniszczenia go zapomocą galwanokauteru lub kwasu karbolowego.

W odpowiedzi Markusfeld zaznacza, że wzmożony proces rozpadu migdałka w danym wypadku nie świadczy o pogorszeniu się sprawy. Jest to zwykły objaw, jaki spostrzegamy na początku leczenia swoistego; końcowy wynik niewątpliwie okaże się pomyślnym.

b) **Kiłaki migdałków, miękkiego podniebienia i gardzieli.**

W związku z przypadkiem poprzednim M. przedstawia 35 letnią K. S. z typowymi kiłakami rozpadłymi migdałków, miękkiego podniebienia i tylnej ściany gardzieli. Przed 5 tygodniami chora poczuła bóle w gardle, które ostatnimi czasy się wzmogły; wystąpiła

gorączka, trudność łykania. Oba migdałki są powiększone, obrzękłe, zaczerwienione. Po stronie prawej spostrzega się owrzodzenie kształtu owalnego, o brzegach wyniosłych, podminowanych i dnie, pokrytym szaro-żółtawym nalotem, którego usuwanie powoduje ból. Na łuku podniebiennym prawym—owrzodzenie o brzegach zazębionych, podminowanych; dno pokryte nalotem. Podobne owrzodzenie znajdujemy po stronie lewej. Języczek i podniebienie miękkie zaczerwienione i obrzmiałe; na tylnej ścianie gardzieli—szaro-żółtawy nalot. Gruczoły chłonne podszczękowe powiększone, ruchome, niebolesne. Wasserman w krwi —+++.

M. Lubelski. **Przypadek stężenia dwóch stawów kolanowych i skokowych w porażeniu dziecięcym kończyn dolnych.**

L. U., lat 14; w 2-im roku życia zapalenie istoty szarej rdzenia; dolne kończyny zostały porażone, chory przestał chodzić. Gdy przybył do Szpitala, kolana miał przykurczone, a stopy w ułożeniu szpotawo-końskim. [Badanie neurologiczne (Rotstadt) wykazało między innymi, że na podudziu prawym i lewym odpowiadają na drażnienie zarówno prądem faradycznym, jak i galwanicznym, m. m. gastrocnemius i soleus; nie odpowiadają zaś zupełnie m. m. tibialis anticus, extens. digit. communis longus et brevis; na stopie prawej działa m. extens. hallucis longus. Mięśnie prostujące uda prawego i lewego nie odpowiadają na prąd faradyczny i galwaniczny. Z mięśni tyłu uda lewego odpowiadają tylko m. biceps femoris; wszystkie mięśnie tyłu uda prawego nie odpowiadają na prąd faradyczny i galwaniczny. Mięśnie pośladkowe działają dobrze.

Wobec niemożności wykonania operacji plastycznej, postanowiono dokonać zesztywnienia (arthrodesis) obu stawów kolanowych i skokowych, aby chory mógł chodzić o własnych siłach. W tym celu wykonano cztery operacje w uśpieniu eterowym, w odstępach dwu- lub trzymiesięcznych. Z początku dokonaliśmy operacji: 1-sza—stężenie stawu kolanowego prawego, później lewego (zapomocą poprzecznego cięcia Textora); następnie 3-cia (metodą Kochera) stężenie lewego stawu skokowego z uprzednim przecięciem i wydłużeniem ścięgna Achillesa; 4-ta—stężenie stawu skokowego prawego tym samym sposobem. Po każdej operacji opatrunek gipsowy kończyny na przeciąg 2—3 miesięcy. Skórę szyto katgutem, aby przez dłuższy czas nie ruszać opatrunku. Rychłozrost. Od 2 tygodni chory chodzi już o własnych siłach w odpowiednich aparatach dla k. k. d. W przyszłości, kiedy mięśnie pośladkowe (prostujące udo) się wzmocnią i zginacze uda (m. iliacus internus, psoas major, psoas minor), chory prawdopodobnie będzie mógł chodzić bez aparatów.

M. Lubelski. **Pokaz chorej po wycięciu raka esicy sposobem Mikulicza.**

B. H., lat 45, posługaczka szpitalna, skarżyła się od dłuższego czasu na bóle brzucha i zaparcia (do 8 iu dni). St. ob. Brzuch

wzdęty, niebolesny; widać wzmożony ruch robaczkowy kiszek. W lewej 1/2 brzucha namacać się niekiedy udaje guzek wielkości śliwki. Rektoromanoskopja nie wykazała nic patologicznego. Zdjęcie prom. R., dokonane po wypełnieniu odbytnicy masą kontrastową, wykazało objawy megalosigma. W uśpieniu eterowym cięciem linji środkowej otworzono jamę brzucha. W esicy, niedaleko od okrężnicy wstępującej, znaleziono guz wielkości pięści. Jelita grube rozdęte, wypełnione kałem. Po usunięciu nazewnątrz jamy otrzewnej kątnicy i jelita krętego, wykonano enterotomję, wypuszczono dużo płynnego kału, jelito zeszyto szwem dwupiętrowym, wprowadzono do brzucha. Przez cięcie dodatkowe na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego, po stronie lewej, wyprowadzono na zewnątrz guz esicy. Pod guzem, ściany pętli jelita doprowadzającego i odprowadzającego zeszyto ze sobą na przestrzeni 6 ctm., a całą pętlę przyszyto wokoło do otrzewny nowego cięcia. Brzuch w linji środkowej zaszyto (w dolnym kącie rany jeden pasek gazy wyjałowionej). Na 2-gi dzień po operacji żegadłem Paquelina zrobiono otwór w jelicie, doprowadzającym do guza (z otworu wydzielił się kał). Po tygodniu zdjęto szwy z cięcia linji środkowej brzucha. Stan chorej był dobry. Po 16 dniach 2-gi czas operacji: żegadłem Paquelina odcięto guz u jego podstawy w części zdrowej jelita doprowadzającego i odprowadzającego. Po miesiącu, gdy rana wokół wytworzonych dwu otworów jelita pokryła się zdrową ziarniną, zniszczono miazdżem Dupuytrena ostrogę, która utworzyła się w miejscu uprzedniego zeszycia ze sobą ścian jelita. Obecnie pozostała jeszcze mała przetoka. Budowa guza—gruczolakorak (Cz. Jastrzębski).

Redel. **Przypadek dychawicy oskrzelowej** (z oddz. St. Klejna).

G., lat 25, panna, przybyła na oddział wewnętrzny doc. Klejna z powodu napadów duszności (4 rok), prawie codziennych, a czasami do 3 na dobę. Zależności napadów od spożywanych pokarmów nie ustalono. Przeciwko pochodzeniu anafilaktycznemu napadów przemawiało również i to, że wszystkie próby skórne (podług Pirqueta), z najrozmaitszemi proteinami, wypadły ujemnie. Napady ustępowały zwykle po adrenalinie, lecz każdy zastrzyk wywoływał bicie serca, znaczne przyśpieszenie tętna (z 90 do 120), uczucie ściskania w okolicy serca, drżenie ciała. St. ob. Odżywienie liche; budowa wątła, typ dziecięcy; sutki prawie nierozwinięte. Granice płuc opuszczone. Odgłos opukowy na całej przestrzeni kl. piersiowej nieco bębenkowy. Rozlane świsty i furczenie na całej przestrzeni płuc; wydłużony wydech nad okolicą grzebieniową prawą. Rentgenogram: zwapnienie gruczołów wnękowych. Nieznaczne powiększenie prawego płata tarczycy; wyraźny wytrzeszcz oczu; niekiedy dodatni objaw Graef'ego, nieznaczne drżenie palców u dłoni. Wybitna dermografja czerwona; czasami odczyn ten trwał do 30 minut. Tony serca ciche, czyste. Tętno 84—96, ulega przyśpieszeniu; ucisk

na gałki albo bez wpływu, albo też powoduje nieznaczne wahania tętna. W plwocinie liczne ciałka eozynochłonne oraz kryształy Charcot—Leyden'a; w krwi również eozynofilja. Zastosowano 2-krotnie systematyczne leczenie autoszczepionką. Próbowano autohematoterapję, leczono tuberkuliną, ścisłą dietą, usuwano polipy z nosa, naświetlano lampą kwarcową, stosowano zastrzyki mleka, ale wszystko zawiodło.

Badając chorą, stale zwracano uwagę na wytrzeszcz oczu, uważano go jednak zrazu za powstały na skutek astmy. Gdy następnie jednak zestawiono ten objaw z napadowymi bólami brzucha oraz rozwolnieniem (do 5—6 stolców), niekiedy bez widocznej przyczyny, a czasami łącznie z napadami astmy, to powstało przypuszczenie, iż zespół ten można uważać za oznakę t. zw. bazedowizmu. Dalsze obserwacje przypuszczenie to potwierdziły. A mianowicie, zwracało uwagę wychudzenie chorej, wybitne czerwienienie się skóry za dotknięciem, zmienność tętna, nadwrażliwość na adrenalinę, niedorozwój gruczołów sutkowych, lekkie drżenie palców u dłoni, dodatni niekiedy objaw Graef'ego i zmienność nastroju chorej. Aby się przekonać, czy niema związku między napadami astmy a nadczynnością tarczycy, dano chorej 1 tabletkę angielskiej tyreoidyny; po 3 godzinach chora miała silny napad duszności; i tak co 2 godziny, a do rana (w ciągu doby) ok. 10 napadów, gdy zazwyczaj najwyżej 3. Pogorszenie w przebiegu astmy po tyreoidynie wskazało na związek napadów dusznicy a istniejącym basedowizmem. Postanowiono więc naświetlać tarczycę prom. R., stosując przytym wskazówki Vidal'a z nieznaczną modyfikacją.

Chora otrzymała 10 naświetlań z odległości 24 cm. przez filtr 4 mm. z glinu (napięcie 90 kilow., siła 2 miliamper.).

Już po pierwszych 3 naświetlaniach — poprawa — duszność o mniejszym natężeniu. Napady stały się słabsze, a po zastrzykach adrenaliny dolegliwości, wyżej wskazane, były mniej zaznaczone. Po dalszych naświetlaniach stan polepszał się coraz bardziej: napady dusznicy ustępowały, powstał kaszel, nad ranem. Napady bólu brzucha i rozwolnienie również ustąpiły. Wytrzeszcz oczu zmniejszył się, niebawem i drżenie palców również osłabło. Odczyn dermograficzny trwał krócej. Obecnie chora od 4 miesięcy niema napadów duszności, pokasłuje trochę nad ranem. Utyła o 7 kilo. W plwocinie objawy eozynofilji. 2 laseczniki Kocha w polu widzenia; ilość kryształów Charcot—Leyden'a mniejsza; eozynofilja we krwi trwa. Przeprowadzono u chorej też szereg prób z pilokarpiną, adrenaliną, przyczym chora wykazywała objawy podrażnienia zarówno n. błędnego, jak i współczulnego. Nie można więc było mówić o czystej wagotonji albo sympatykotonji, były raczej objawy „heterotonji", wdłg. określenia Curschmana. Po zakończeniu naświetlań prom. R., chorej na próbę dano 2 tabl. tyreoidyny: 1-ną o 10-ej r., 2-gą o 9-ej wiecz. O $10^1/_2$ wieczorem chora doznała duszności (bez kaszlu i bicia serca), z powodu której zasnąć nie mogła. Takiej duszności, jak tej

nocy, nie miała przez całe 4 miesiące. W ten sposób przekonano się po raz 2-gi o związku tu pomiędzy dusznością a funkcją tarczycy.

Przypadek powyższy wskazuje (narówni z przypadkami Curschmana i Vidala), jak ważną rolę odgrywa wydzielanie wewnętrzne w patogenezie dychawicy oskrzelowej. Po 2-gie—ujawnia praktyczne znaczenie sekrecji wewnętrznej w terapji tak ciężkiego, jak nasz, przypadku astmy, gdy zawiodły były różne metody lecznicze. Po 3-ie—wskazuje, że nie należy przeceniać znaczenia zmian patologicznych w jamie nosowej, jako czynnika wywołującego astmę. W naszym przypadku, nie bacząc na kilkakrotne usuwanie polipów, przebieg jej był nadal b. ciężki; w okresie zaś naświetlania istniało również polipowe zwyrodnienie muszli, a mimo to osiągnięto wybitną poprawę przez polepszenie warunków wydzielania wewnętrznego. Co do istoty działania naświetlań tarczycy prom. R., to niewątpliwie stwierdzono po naświetlaniu zmniejszenie wrażliwości na adrenalinę oraz osłabienie odczynu dermograficznego. Łącznie świadczy to o osłabieniu pobudliwości układu nerwowego wegetacyjnego, naskutek korzystnie zmniejszonego wydzielania tarczycy pod wpływem naświetlania prom. R.

W rozprawie Higier zaznacza, że nie widzi tu przyczynowego związku między wzmożoną funkcją gruczołu tarczowego a dychawicą oskrzelową, aczkolwiek w danym wypadku objawy choroby Basedowa są wyraźne. Stwierdzenie w plwocinie chorego laseczników Kocha pozwala raczej przypuszczać, że cierpienie powstało na tle gruźlicy płuc.

Ratinow uważa, że w danym przypadku naświetlanie prom. R. usunęło przyczynę, wyzwalającą astmę, a tą było nadmierne wytwarzanie wydzieliny gruczołu tarczowego. W innych wypadkach czynnikiem wyzwalającym bywa białko bakteryjne, polipy nosa, nad albo niedostateczna czynność innych gruczołów wewnętrznego wydzielania i t. d. Podłożem dychawicy oskrzelowej jest ogólne uczulenie organizmu, skąd najważniejszą rzeczą w terapji jest zniesienie tego stanu nadwrażliwości. Zrozumiałe się też staje, dlaczego w astmie stosujemy tak wiele rozmaitych środków, nieraz z dobrym skutkiem, aczkolwiek nie na dłuższy czas, gdyż w stanie uczulenia, po usunięciu jednego bodźca wyzwalającego, zaczynają działać i inne bodźce.

Lichtenberg zaznacza, że dotychczas sądzono naogół, iż dychawica oskrzelowa powstaje na tle vagotonizmu; powyższy przypadek przeczyłby temu poglądowi, gdyż chora zdradza sympatykotonję wybitną.

Bregman sądzi, że gdyby istotnie zachodził bliższy stosunek przyczynowy pomiędzy zaburzeniami gruczołu tarczowego (basedovismus, hyperthyreoidismus) a dychawicą oskrzelową, należałoby oczekiwać częstego powikłania choroby Basedowa astmą, czego jednak się nie widzi.

Rubinrot leczył dychawicę oskrzelową naświetlaniem śródpiersia prom. R.; wyniki otrzymywał dobre. R. sądzi, że cierpienie to często zależy od ucisku, spowodowanego powiększeniem gruczołów w klatce piersiowej, zwłaszcza wnękowych. Czasami występują wznowy, to też w danym wypadku okres obserwacji jest zbyt krótki, aby móc mówić o wyleczeniu zupełnym.

Mesz, który chorą naświetlał, kierował się niedawno opublikowanemi wskazówkami Vidala, zalecającego stosowanie na gruczoł tarczowy dawek małych prom. R., co ma działanie skuteczniejsze.

Poncz zwraca uwagę na częstość występowania w gruźlicy płuc objawów dychawicy oskrzelowej, jako wczesnego objawu chorobowego. Gruźlików naogół cechuje „vagotonizm", prawdopodobnie też dlatego starano się dotychczas szukać związku między dychawicą oskrzelową a stanem wagotonicznym. Pogląd ten ostatnimi czasy zasadniczo się zmienił; dziś już wiadomo, że zwł. układ parasympatyczny ma pobudliwość wzmożoną u chorych na astmę.

Goldflam wskazuje różnorodne czynniki etjologiczne w dychawicy, wspomina również o psychicznym elemencie, który odgrywa niekiedy rolę wybitną w występowaniu napadów astmy.

Bryzman zastanawia się nad eozynofilją krwi, która u danej chorej trwa w dalszym ciągu, pomimo ustąpienia dychawicy oskrzelowej. Czy nie zachodzi tu być może związek między eozynofilją a jakąś sprawą utajoną, np. helminthiasis, co mogłoby rzucić światło na omawiane cierpienie.

Ponieważ poruszoną została tu sprawa, dlaczego u mających objawy basedowizmu tak rzadko spotykamy astmę, doc. Klejn zaznacza, że do powstania tego cierpienia przyczyniają się i inne czynniki; skaza wysiękowa np. odgrywa tu dużą rolę, natomiast gruźlica gruczołów klatki piersiowej może się tylko przyczynić do ujawnienia choroby. Gruźlica wywiera działanie na gruczoł tarczowy, wzmożona zaś czynność tarczycy przy odpowiednim usposobieniu powoduje dychawicę oskrzelową. W omawianych przez Rubinrota przypadkach naświetlanie klatki piersiowej prom. R. miało być może dodatni wpływ na przebieg choroby dlatego właśnie, że mimowoli naświetlano również i gruczoł tarczowy. Trwała eozynofilja w danym wypadku znajduje się w związku z sympatykotonją.

W odpowiedzi Redel uważa, że materjał kliniczny oraz dane piśmiennictwa, jak widać z pracy Lueg'a, przemawiają za tym, ze dychawica oskrzelowa przeważnie jest sprawą pierwotną, gruźlica zaś wtórną. A tam, gdzie stosunek ten jest odwrotny, powstawanie astmy łatwo można sobie wytłumaczyć istnieniem tyreotuberkulozy. Nieprawdopodobnym wydaje się, aby przez naświetlanie tarczycy można było wpłynąć na gruźlicę gruczołów wnękowych.

Co do uwagi, iż rzadko spostrzega się skojarzenie astmy z chorobą Basedowa, to należy zaznaczyć, że w monografjach o tym cierpieniu wskazują stale na napady astmatyczne, jako na objawy ze strony dróg oddechowych w przebiegu tej choroby. Że nie w ka-

żdym przypadku chor. Basedowa występują napady astmatyczne. tłumaczy to, że nie w każdym przypadku płuca są locus minoris resistentiae. W 1912 r. Curschmann opisał 2 przypadki, w których jednocześnie z napadami astmy występowały napadowo objawy Basedowa. W r. b. Vidal podał 4 przypadki dychawicy oskrzelowej na tle basedowizmu.

Co do działania tyreoidyny, to rzecz naturalna, że ta sama dawka tyreoidyny, która nie wpływa na zdrowego człowieka, wywoła zaburzenia w ustroju, przeładowanym nadmiernie wydzieliną tarczycy.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 5 grudnia 1924 r.

Przewodniczył Luxenburg.

Bregman i Szpilman-Neudingowa. **Przypadek utajonege rozszczepienia kręgów (Spina bifida oculta).**

J. N., lat 7, przybył d. 12.8.24. Od kwietnia r. b. bóle k.k.d. Nie chodzi od 2 miesięcy. W początkowym okresie choroby kilka razy oddał mocz pod siebie. Rodzice, rodzeństwo zdrowi. Gruźlicą nieobarczony. St. ob. Blady, apatyczny. Inteligencja zachowana. Płuca, serce — bez zmian. Ucisk na kręgosłup w odcinku lędźwiowym powoduje ból; pozatym bólów nie odczuwa. Nn. czaszkowe bez zmian. Kkg. — norm. Kolana obustr. koślawe (genua valga). Pr.k.d. — nieznaczny zanik mięśni całej kończyny. Stopa w ustawieniu szpotawo-końskim; paluch stale wyprostowany, brak ruchów dowolnych prkd. Napięcie mięśniowe >>; najbardziej ujawniają to ruchy w stawie skokowym. Napięcie mięśni l.k.d. większe; kończyną tą żadnych ruchów wykonać nie może. Odr. kol. obustr.— żywe; odr. ze ścięgna Achil. obustr. — kloniczne; odr. podeszw. obustr. — Babiński; odr. brzuszny g. i d. prawostr, — żywe; odr. brzuszny g. d. lewostr. — słabe; odr. nosidłowy obustr. — żywy. Chory siadał na łóżku, lecz stać, chodzić nie mógł. Czucie+. Odczynu zwyrodnienia w mm. k.k.d. niema. Pobudliwość faradyczna i galwaniczna mięśni prkd > l.k.d. Badanie płynu m-rdzen. przezroczystego wykazało: 3 limfoc. N-A +; białka 0,16%. Odczyn Wassermana – . Pirquet —. W moczu — norma. R-gram: wybitne rozszczepienie łuku 5 kręgu lędźwiowego. Chory był na oddziale do d. 25.X.24. W ciągu tego czasu pewne polepszenie: zaczął trochę stąpać. 25.X.24 wypisany bez zmian w stanie zdrowia. Po 3 tyg. wrócił na oddział, przyczym chodził już bez pomocy.

St. ob. Chodzi sam; chód wybitnie spastyczny, powłóczy nieco lkd., kk.g. zaś odwiedzione od tułowia i skierowane do tyłu. Ruchy we wszystkich odcinkach kkd. ograniczone. Odruchy, czucie, jak przedtym.

Niewątpliwie w przypadku tym między rozszczepieniem kręgosłupa a objawami rdzeniowymi zachodzi związek przyczynowy. Rozszczepienie kręgosłupa powoduje najczęściej zaburzenia odżywcze

kkd., szczególnie zniekształcenie stóp (pes varus, valgus i t. d.), bóle (rwa kulszowa), zaburzenia naczynio-ruchowe, zaniki mięśni oraz mimowolne oddawanie moczu. Zaburzenia te powstają, jak wykazały szczególnie oględziny podczas zabiegów operacyjnych, na skutek ucisku błon i blizn, wzgl. nowotworów (tłuszczaki, tłuszczakowłókniaki, mięśniaki) na korzenie ogona końskiego lub stożek rdzenia.

O wiele rzadsze powikłania rozszczepienia kręgów — to porażenia rdzeniowe. W większości przypadków ma ono cechy porażenia spastycznego, często z dodatnim objawem Babińskiego. Porażenia powstają tu na tle zmian wrodzonych w rdzeniu, które zrazu ukryte, w następstwie jakiejkolwiek przyczyny, np. lekkiego urazu, na który nie zwrócono nawet uwagi, dały z kolei też i objawy kliniczne. Zmiany anatomiczne przedstawiają się wówczas, jako hydromyelia, jamistość rdzenia lub niedostateczne zamknięcie rdzenia.

Anomalje te stoją w ściślejszym związku z rozszczepieniem kręgosłupa; być może nawet, że właśnie zmiany w rdzeniu są pierwotne, a rozszczepienie kręgów, wzgl. niedostateczne zamknięcie kręgosłupa — to sprawy wtórne. Niezmiernie ciekawe jest w przypadku naszym, że po parumiesięcznym okresie ciężkiego porażenia nastąpiła samoistna poprawa do tego stopnia, że chory mógł chodzić bez pomocy, aczkolwiek chód został spastyczny, a zaznaczył się wyraźnie większy niedowład l.k.d. Rokowanie jest jednak, nie bacząc na pewną poprawę, zawsze wątpliwe. Ze względu na poprawę zaniechaliśmy próby lipjodolowej, dla oceny stanu drożności w kanale kręgowym, gdyż mogłaby wpłynąć ujemnie na stan chorego.

W rozprawie Lichtenberg zastanawia się nad przyczyną tak znacznej samoistnej poprawy, jaka tu nastąpiła. Zjawisko to usiłuje wyjaśnić również i Mesz, wyrażając przypuszczenie, że rozszczepienie kręgosłupa w powyższym przypadku było związane z t. zw. meningo albo myelocele; po pęknięciu torbieli, wskutek odprężenia, mogła nastąpić samoistna poprawa.

Bregman i Spilman-Neudingowa, jako uzupełnienie poprzedniego pokazu, przedstawiają chorą 44-letnią z olbrzymim znamieniem uwłosionym (naevus pilosus) w okolicy lędźwiowo-krzyżowej. Znamię takie uważane bywa jako wskaźnik utajonego rozszczepienia kręgosłupa. Przypadek ten dowodzi jednak, że wskaźnik ten bynajmniej nie jest pewny, gdyż badanie prom. R. nie wykazało u chorej żadnych zmian w odnośnej części kręgosłupa.

Szour. **Przypadek ziarniny złośliwej migdałków z jednoczesnym ziarninowym i gruźliczym schorzeniem gruczołów chłonnych.** (Z oddz. doc. St. Klejna).

Przypadek dotyczy 25-letniego F., chorego od 4-ch miesięcy, a zasługuje na uwagę szczegól. z powodu: 1) wyjątkowej lokalizacji (w migdałkach); 2) spowodowanych tą lokalizacją objawów miejsco-

wych (utrudnione połykanie i mowa); 3) trudności klinicznego zróżniczkowania guza gruczołowego na szyi oraz nacieczeń migdałków od „lymphosarcomatosis“ Cundrat'a, 4) klinicznie wyraźnie zaznaczonej jednoczesnej gruźlicy gruczołów; 5) klinicznej wielopostaciowości schorzałych gruczołów; 6) złośliwego przebiegu schorzenia (szybka generalizacja, niemożność osiągnięcia dłuższej nad 7—10 dni remisji zapomocą naświetlań prom. Roentgena i t. d.); 7) wcześnie zaznaczonych klinicznie dolegliwości żołądkowych (chemizm żołądka normalny—infiltracja ziarninowa ściany żołądka, gruczołów krezkowych) (?).

W rozprawie Luxenburg zaznacza, że chory przed przybyciem na oddział wewnętrzny znajdował się pod jego obserwacją. Wówczas gorączkował, a wygląd zmian na migdałku nasuwał podejrzenie anginy Plaut-Vincenti, co zostało potwierdzone przez wykrycie w plwocinie dość dużej ilości bacillus fusiformis i krętków. Po zastosowaniu salwarsanu ciepłota spadła, stan chorego się poprawił. Wobec powiększenia gruczołów szyjnych, pachowych, w pachwinach oraz wskutek powiększonej macalnej śledziony, można było jeszcze przypuszczać białaczkę, co jednak wyłączono na zasadzie obrazu krwi, który wykazał limfopenję, mononukleozę i eozynofilję. O gruźlicy myślano najmniej, gdyż typ gorączki, rentgenogram klatki piersiowej, jak zresztą przebieg kliniczny, nie odpowiadały temu cierpieniu. Chory został wypisany z oddziału po przebytej anginie Vincenti z podejrzeniem na objawy „lymphogranulomatosis“. Jako skuteczny środek leczniczy L. zaleca duże dawki arszeniku.

Mesz sądzi, że w danym wypadku migdałek był tak znacznie powiększony z powodu ucisku skupionych gruczołów głębszych. Po naświetlaniu promieniami R. gruczoły podobne zazwyczaj szybko giną, ale pojawiają się później w innych miejscach. Najdłuższe remisje, którem spostrzegał, były dwuletnie.

Ratinow upatruje w bezskuteczności terapji lampą kwarcową, a dobrych wynikach naświetlania promieniami R., słuszność usprawiedliwionego rozpoznania tu „lymphogranulomatosis“, przyczem zwraca uwagę na przypadki tego cierpienia, przebiegające nieraz pod postacią zimnicy, co miał możność spostrzegania na oddziale.

L. Bregman i L. Nudelman. **Rozsiany czerniak skóry z przerzutem do mózgu i zaburzeniami w ubarwieniu skóry.**

Chora, lat 35. Od roku powstały w różnych miejscach ciała guzy skórne. Przed kilku miesiącami niektóre guzy wyłuszczono. Badanie (Jastrzębski) wykazało, że jest to melanocarcinoma. Od roku napadowo bóle głowy i wymioty. Od paru miesięcy znaczne pogorszenie—niedowład lew. kk. Odbarwienie skóry w postaci białych plam na dłoniach, przedramionach i w różnych miejscach na ciele, ponad znajdującymi się w skórze guzami. Z tego

właśnie względu przypadek ten jest niezmiernie pouczający dla wiedzy o powstawaniu barwików w ustroju i dlatego też będzie szczegółowo opracowany i podany, jako artykuł oryginalny.

W rozprawie Dworecki wspomina o jednym przypadku sekcyjnym, dotyczącym 60-letniej kobiety, zmarłej na oddz. Flataua wśród objawów nowotworu mózgu. Na sekcji stwierdzono obfitą ilość czerniaków, bądź to infiltrujących narządy in toto (ciemnobrunatne, a miejscami zupełnie czarne, masy nowotworowe wypełniały prawie całkowicie istotę gąbczastą wszystkich kręgów oraz wielu żeber, wątrobę i t. p.), bądź to rozsianych w postaci bardziej ograniczonych guzków obficie w całym ustroju (mózg, serce, nerki, pęcherz moczowy, gruczoły chłonne). Przypadek ten analogicznie do innych, opisanych pod nazwą ogólną „melanosarkomatozy" (Matsunaga Takuma), wskazuje na możność szybkiego tworzenia się barwika w olbrzymich ilościach. Między innymi zdolność ową mają posiadać we wspomnianych przypadkach nie tylko pierwiastki nowotworowe, lecz i inne tkanki ustroju; nawet tkanka łączna wszędzie odpowiada tworzeniem melaniny na działanie swoistego odczynnika di-oksy-fenilalaniny (Dopaoxydasereaktion Blocha). To przemawiałoby przeciwko teorji Blocha o wyłącznym umiejscowieniu czynności barwikotwórczej w podstawowej warstwie naskórka. Wydaje się raczej, że ów ferment „dopaoksydaza" w przypadkach rozsianych czerniaków jest bardziej rozpowszechniony i znajduje się w warunkach patologicznych w tkance łącznej, w mięśniach i t. p.. W przypadku demonstrowanym Dworecki badał krew na obecność owego zaczynu (surowicę i świeże rozmazy) i otrzymywał wynik ujemny. Zresztą przypadki podobne do demonstrowanego dlatego mniej nadają się do wskazanych badań, że tu niema mowy o znaczniejszym rozsianiu czerniaka. Między innymi kilkakrotne badanie moczu nie wykazało obecności melaniny i melaninogenu.

D. Szenkier i S. Markusfeld. **Trzy przypadki przerostu gruczołu krokowego o niezwykłych rozmiarach.**

Utarło się mniemanie, że przerost gruczołu krokowego jest jednym z objawów starczego wyczerpania sił ustrojowych, że wszystkie dolegliwości z tą sprawą związane są koniecznością nie do przezwyciężenia — i że leczenie często pozostaje bez skutku. Dziwne się też wydawało, że gdy inne narządy zmniejszają się na starość, gruczoł krokowy się powiększa.

Badania lat ostatnich, szczególnie szkoły francuskiej, zadały kłam powyższym zapatrywaniom. Gruczoł krokowy wcale nie przerasta, lecz wraz z innemi narządami zanika i zmniejsza się. To, co zwykliśmy nazywać przerostem jego, jest nowotworem złośliwym, wychodzącym z gruczołów okołocewkowych (Albarran, Moty, Cuneo, Verliać, Papin, Tandler). Gruczoły te są wspólnego z gruczołem krokowym pochodzenia embrjologicznego i dlatego w nowotworze tym anatomicznie stwierdzamy wszystkie elementy budowy gruczołu

krokowego. Jest to więc guz o charakterze włókniako-mięśniako gruczolakowym. Guz ten może być różnej wielkości; ciekawe jest porównanie jego wagi w stosunku do wagi normalnego gruczołu krokowego. Gdy ten ostatni waży od 15 — 20 gramów, t. zw. przerost średniej wielkości waży najwyżej 80 gr. Niedawno opisany został przez Damskiego guz taki wagi 150 gr.; Gross podaje przerost wagi 288 gr., zaś w Musée Civiale przechowuje się gruczolako-włókniak wagi 380 gr. Nasze preparaty (uzyskane drogą operacyjną Szenkier) ważą 125 gr., 210 gr. i 225 gr. Przybliżone określenie wielkości „przerosłego gruczołu" przed zabiegiem może mieć znaczenie w wyborze metody operacyjnej. Bardzo duże gruczoły (np. jak to miało miejsce w naszych przypadkach) nadają się do usunięcia jedynie drogą nadłonową (podług Freyera—prostatectomia transvesicalis suprapubica); usuwanie przez krocze jest tu przeto nie wskazane. Stwierdzenie dużych rozmiarów przerostu ma znaczenie również dla orzeczenia o charakterze guza. Złośliwe nowotwory gruczołu krokowego zazwyczaj nie są duże, chyba w późnym okresie, kiedy występują i inne objawy złośliwości narośli (charłactwo, bóle w dolnych kończynach i t. p.).

W rozprawie, prócz Mesza i Lichtenberga, zabiera głos Bog. Endelman, podkreślając, że objawy kliniczne często nie odpowiadają wielkości przerosłego gruczołu krokowego i dlatego wielkość guza nie jest wystarczającym wskazaniem do zabiegu. E. zwraca uwagę na szczegół techniczny, ważny przy wyłuszczaniu guzów większych. Należy, mianowicie, w tych wypadkach wycinać błonę śluzową pęcherza, gdyż dzieli ona w postaci zasłony pęcherz od gruczołu krokowego i często powoduje w późniejszych okresach zwężenie, dzielące pęcherz na dwie części, co powoduje przykre powikłanie pooperacyjne.

D. Szenkier i N. Mayzner. **Przypadek guza nerki.** (Z oddz. H. Sołowiejczyka).

Chora K. F. lat 55; przed 3 miesiącami zauważyła krew w moczu; wówczas dolegliwości żadnych nie miała; krwawienie po paru dniach minęło, by po kilku tygodniach powtórzyć się. Przed 2 tygodniami wystąpiły bóle w prawym podżebrzu; straciła apetyt, czuła się osłabioną. St. ob. Wycieńczona; objawy charłactwa. Ze strony płuc i serca żadnych zmian nie stwierdza się; w prawym podżebrzu wyczuwa się guz, dający wyraźne „balottement renale", wielkości małej główki dziecka, o powierzchni gładkiej, bolesny na ucisk. Na kończynie dolnej prawej—żylaki znacznego stopnia. Cystoskopja: błona śluzowa bez wybitniejszych zmian, ujścia moczowodów normalne; z prawego moczowodu wydziela się mocz krwisty. Zastrzyknięty dożylnie indigokarmin wydziela się z obydwuch moczowodów po 4 minutach, przyczym z moczowodu prawego słabo zielony, barwa ta w czasie następnych 10 minut już nie zyskuje na intensywności, z lewego zaś po 6 minutach zyskuje ciemno-nie-

bieskie zabarwienie. Rozpoznano: guz nerki prawej 29.X.25 dokonano operacji usunięcia guza (D. Szenkier). Jak przewidywano, zabieg nastręczył poważne trudności ze względu na duże rozmiary guza, znaczne krwawienie oraz potrzebę omijania całego szeregu dodatkowych naczyń, biegnących ku górnemu biegunowi nerki. Przebieg pooperacyjny zupełnie normalny. Dn. 14. XI. 1924, a więc po 2 tygodniach, chora opuściła Szpital z raną zagojoną. Badanie anatomopatologiczne guza (Jastrzębski) wykazało nadnerczak złośliwy, dowodem czego wdłg. Jastrzębskiego służy to, że w przypadku danym mamy niezwykle atypowy rozrost komórek nowotworowych, przebijały pozatym nawet otoczkę. A więc mamy w tym przypadku do czynienia z nadnerczakiem, guzem złośliwym, nietylko pod względem klinicznym, jak to zazwyczaj bywa, lecz i z punktu widzenia anatomopatologicznego.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 19 grudnia 1924 r.

Płońskier. **O samorodnym pęknięciu serca.** (Patrz art. oryg. Kw. Kl. T. IV. Zesz. I. 1925 r.).

Hermelin. **Przypadek przypuszczalnej kiły wielonarządowej.** (Z oddz. G. Lewina).

Mężczyzna, lat 54, na początku czerwca r. b. został przyjęty na oddział chirurgiczny z powodu guzowatości pod prawą szczęką dolną: guz był twardy, nieprzesuwalny, niezrośnięty ze skórą, niebolesny wielkości orzecha włoskiego. Chory uskarżał się na bóle w jamie ustnej podczas spożywania pokarmów i na osłabienie kk. górnej i dolnej prawej. Niebawem został przepisany na oddział skórny, gdzie stwierdzono w jamie ustnej na błonie śluzowej policzka szereg wgłębień, blizenek i brodawczakowatych wyniosłości; na śluzówce wargi dolnej krostki i strupki. W skrawku z wargi dolnej stwierdzono nacieczenie z rozrzuconemi komórkami olbrzymiemi, nieznaczne zmiany w naczyniach i nieco komórek plazmatycznych (Jastrzębski). W układzie nerwowym — lekki niedowład prawostronny (Rotstadt). Wasserman we krwi — ujemny. Pirquet — dodatni. Laseczników w plwocinie —. W płucach — objawy nacieczenia lewego płata górnego i wierzchołka prawego. Od końca czerwca do połowy sierpnia chory otrzymywał kurację przeciwkiłową. Następnie dokonano cięcia wspomnianej guzowatości i usunięto zawartość w postaci gęstej masy ropnej, poczym chory wypisał się z oddziału skórnego. Na początku listopada 1924 chory przybył na oddział wewnętrzny z powodu bólów brzucha i męczącego kaszlu. Podaje, że kaszle od kilku lat; od 3-ch tygodni kaszel wzmógł się. W ciągu ostatniego miesiąca zauważył powiększenie obwodu brzucha. Poprzednie dolegliwości ze strony jamy ustnej znacznie mniejsze. Chorób wenerycznych jakoby nie przechodził; żona dwa razy roniła, troje dzieci zmarło we wczesnym dzieciństwie. Stan bezgorączkowy. Gruczoły

chłonne powiększone. W płucach — nad górnym płatem lewym stłumienie, oddech zaostrzony, z licznemi wilgotnemi rzężeniami oraz stłumienie nad wierzchołkiem prawym z oddechem chuchającym i pojedynczemi wilgotnemi rzężeniami. W sercu—głuche tony. Ciśnienie krwi—110—80. W jamie brzusznej płyn wolny. Wątroba i śledziona niemacalne. Mocz +. Pirquet dodatni. W plwocinie—bez laseczników Kocha. Obraz krwi +. Płyn, wydobyty z jamy brzusznej, żółtawy, ciężar gat. 1023, Rivalti +. Odczyn Wassermana we krwi, płynie mózgowo-rdzeniowym i płynie z jamy brzusznej — ujemny. Rentgenorgram płuc: drobnoogniskowe nacieczenie lewego płata górnego, na tle tym nacieczenia-ogniska wielkości orzecha laskowego oraz drobnoogniskowe nacieczenie płuca prawego ze smugą cienia pomiędzy środkowym i dolnym płatem. W układzie nerwowym—znaczne zmniejszenie niedowładu prawostronego, lecz słabsze, niż przedtym. Dno oka—ślady po przebytym zapaleniu tęczówki. Chory otrzymał kilkanaście zastrzyków novasurol'u, poczym obwód brzucha znacznie się zmniejszył, samopoczucie poprawiło się.

Prawie zupełne ustąpienie niedowładu prawostronnego i poprawa stanu jamy ustnej po kuracji przeciwkiłowej przemawiają za kiłą tymbardziej, że tego rodzaju owrzodzenia, o ile porażają jamę ustną w gruźlicy, to zwykle w okresie rozpadowym i bardzo trudno goją się. Zapalenie tęczówki najczęściej występuje w kile, rzadziej w gruźlicy. Obraz zdjęcia rentgenowskiego płuc, zdaniem specjalisty, bardziej przemawia za kiłą, niż gruźlicą. Stan bezgorączkowy przy tego rodzaju zmianach w płucach, bez laseczników w plwocinie, przemawia również na korzyść kiły. Pamiętać musimy również o poronieniach żony chorego. Na korzyść gruźlicy zdają się jednak przemawiać tu po 1-sze, zmiany w górnych częściach płuc, gdzie kiłę spostrzega się nadzwyczaj rzadko, następnie zapalenie wysiękowe otrzewny (bez widomych zmian ze strony wątroby), które wystąpiło po kuracji przeciwkiłowej, odczyn Pirqueta dodatni, komórki olbrzymie w skrawku z wargi dolnej, wreszcie odczyn ujemny Wassermana we krwi, płynie mózgowo-rdzeniowym i z jamy brzusznej. Tak więc, być może, że w przypadku tym mamy do czynienia i z kiłą i gruźlicą jednocześnie.

W r o z p r a w i e G o l d s t e i n wskazuje, że rozpoznanie, jak przedtym, gdy chory był na oddziale chirurgicznym, tak i obecnie, nie zostało jeszcze dostatecznie wyjaśnione, zwł. w stosunku do zmian w jamie ustnej.

R o t s t a d t sądzi, że porażenie połowicze, które stwierdził był u chorego, niewątpliwie miało podłoże kiłowe, dowodem czego może służyć również nadzwyczajna poprawa, jaka nastąpiła po kuracji swoistej.

M e s z uważa ogniska nacieczenia i rozrost tkanki łącznej, ujawnione na rentgenogramie płuc, za charakterystyczne dla kiły; zaciemnienie lewego płata górnego natomiast mogłoby przemawiać za gruźlicą.

Lewin przychyla się do rozpoznania kiły; przemawiają za tym: zmiany w jamie ustnej, stan bezgorączkowy, rentgenogram oraz poprawa po kuracji swoistej.

J. Fliederbaum i I. Lichtenberg. **Przypadek stanu dziecięcego.** (Z oddz. G. Lewina).

B. Z. lat 17; 3 mies. temu wystąpiły obrzęki twarzy, podudzi i stóp. Od czasu do czasu miał bóle i zawroty głowy, nudności, wymioty, szum w uszach. Duszność i bicie serca po wysiłku fizycznym. Od kilku tyg.—bóle w okolicy odbytu oraz parcie na stolec. W dzieciństwie — krzywica i odra. Pozatym zawsze zdrów. Dziedzicznie nie obarczony.

St. ob. Pacjent nie wygląda na swój wiek; ma 17 lat, a wygląda na 12 — 13 letniego. Waga 75 f. Wysok. — 140 cm. Głos chłopięcy. Odżywienie upośledzone. Mięśnie wiotkie, hypotoniczne. Ruchy dowolne niezgrabne. Skóra suchawa, wybitny obrzęk twarzy, podudzi i stóp. Skąpe uwłosienie czaszki, brak włosów na twarzy, pod pachami i nad spojeniem łonowym. Paznokcie — wypukłe, jak szkiełka zegarkowe. Twarz zaokrąglona, nieco dziewczęca, b. młoda, brak zmarszczek; szpary oczne nieco o typie mongolskim, uszy odstające. Tarczycy się nie wyczuwa. Gruczoły chłonne nie powiększone. Klatka piersiowa rachityczna — paralityczna, plecy wąskie; miednica szeroka. Okolica spojenia łonowego wypukła, z obfitą podściółką tłuszczu. Cryptorchismus bilateralis. Genitalia — niedorozwinięte. Ciśnienie krwi 110—90 R.-R. Grasicy nie wypukuje się. Płuca: bronchopneumonia subapicalis paravertebralis sin. ac., Nieczysty I ton nad koniuszkiem serca. Wątroba +. Śledz. +. Mocz: il. dob. 500 cm^3, c. g. 1025, bez składników patol. Próba wodna i koncentracyjna +. Krew: Hg 85, er. 4.600.000, leuk. 12000: neutrof. 83%, monoc. 11%, limfoc. 6%. Pirquet +. Wasserman—. Niema obj. patologicznych ze strony układu nerwowego. Sympatyko i vagoton. —. Stan psychiki odpowiada 12—13 l.; aseksualizm (brak pociągu do płci odmienn., erekcji, snów o zabarw. seksualnym) Otitis med. perfor. d.. Fistula ani. Dno oka, pole widz., nos, krtań i gardz. +. Roentgenogramy: siodło tureckie +, cokolwiek opóźnione skostnienie nasad. kości; prześwietlenie kl. piers. — niema ani thymus persist., ani aorta angusta, ani zmian sylwetki serca. Po terapji preparatami tarczycy znikły obrzęki, chory stracił na wadze 7 f.

Lichtenberg rozpoznaje w danym przypadku zahamowanie rozwoju, wywołane niedokształceniem pierwszorzędnych cech płciowych (gruczołów rozrodczych), a pociągające za sobą niedorozwój drugorzędnych cech (małe: penis et scrotum) i trzeciorzędnych (niski wzrost, mała waga, wąskie plecy, szeroka miednica, braki uwłosienia, spojenie łonowe typu kobiecego, aseksualizm, usposobienie dziewczęce). Z punktu widzenia klasyfikacji Antona, przypadek przedstawia typ niedokształcenia ogólnego; według szkoły francuskiej, stoi on na pograniczu między dystroficznym typem Lorraina a sta-

nem dziecięcym typu Brissaud, przedstawiającym przejście do śluzoobrzęku. Przypadek ten można również podciągnąć pod typ t. zw. „thyreo-sexuelle-Insuffizienz", opisany przez Borcharda w ub. r. w D. A. f. Kl. M.. Udział tarczycy w tym przypadku przedstawia jego odrębność. Tą niedomogą tarczycy (a może i innych gruczołów dokrewnych) L. usiłuje tłumaczyć obrzęki u danego osobnika. Bladość tych obrzęków i równomierność ich na twarzy i kończynach, zawroty głowy i wymioty (w wywiadach) zrazu nasunęły przypuszczenie współistnienia t. zw. nephrosis z bednicą. Gdy jednak kilkakrotne badanie moczu i krwi nie wykazało żadnych pierwiastków patologicznych, a wymioty i zawroty można było uzależnić od schorzenia ucha, to związek przyczynowy między obrzękami a niedomogą gruczołów wewnątrzwydzielniczych (przedewszystkiem tarczycy), u osobnika wybitnie hypoplastycznego, stał się jasny. Skuteczność terapji tarczycowej (chory w ciągu 2 tygodni stracił 4 kilo, a znikły też i obrzęki przy diecie zwykłej) ex juvantibus potwierdziło rozpoznanie.

L. wyłącza u danego osobnika inne podłoże pochodzenia obrzęków (głodowe, uwiądowe i t. d.), przytym podkreśla, że obrzęki, dla których wytłumaczenia nie znajdujemy często wyraźnej przyczyny w układzie krążenia, są nierzadko pierwszym dyskretnym wyrazem niedomogi tarczycy.

L. przypomina poza tym rolę gruczołów dokrewnych w gospodarce wodnej ustroju i znaczenie zrozumienia tej roli w każdym przypadku obrzęków nietylko ze względów teoretycznych, diagnostycznych, lecz również praktycznych, leczniczych.

W rozprawie Szour radzi zachować ostrożność w stosowaniu tyreoidyny, gdyż sam, jak i inni, spostrzegał objawy niepomyślne. W jednym przypadku obrzęków, na tle niedomogi tarczycy, zakończonym zejściem śmiertelnym, Sz. przypisuje właśnie wynik taki leczeniu powyższym preparatem.

Kraushar zwraca uwagę na wybitne zmiany w płucach, niewątpliwie pochodzenia gruźliczego i na szmer w sercu u zastawki dwudzielnej. K. przypuszcza, że mamy tu raczej do czynienia z ustrojem astenicznym, a nie ze stanem dziecięcym.

Mesz podkreśla brak zmian na rentgenogramie siodła tureckiego.

Szenkier nie uważa, aby obrzęki, znikające po podaniu tyreoidyny, były dowodem ich pochodzenia tarczycowego, gdyż tyroidyna usuwa nieraz obrzęki, występujące na tle schorzenia nerek.

Poncz zgadza się z rozpoznaniem prelegenta. Za „stanem dziecięcym" przemawia niedorozwój cech płciowych pierwszo- drugo- i trzeciorzędnych, a gruźlica może również w grę tu wchodzić. Gruczoł tarczowy w gruźlicy ulega zmianom w dwu kierunkach: z jednej strony, możemy mieć objawy nadczynności, względnie nieprawidłowej czynności gruczołu tarczowego, czego wyrazem klinicznym jest „basedowoid", częsty u gruźlików lub też spotykamy się z obja-

wami niedostatecznej czynności tarczycy, a wówczas klinicznie spostrzegać będziemy obrzęk śluzowaty, stan dziecięcy (infantilismus) i t. p. W danym przypadku obrzęki należałoby kłaść na karb niedostatecznej czynności gruczołu tarczowego, spowodowanej gruźlicą. P. sądzi, że celem wyłączenia tu schorzenia nerek, należy zbadać jeszcze przemianę solną.

Goldflam przypomina, że podobne obrzęki bywają czasami na tle zaburzeń naczynioruchowych, o nich też tu należy pamiętać.

W odpowiedzi L. zaznacza, że podawanie tyreoidyny musi się odbywać nie tylko pod stałą kontrolą stanu moczu (cave: glycosuria), lecz ustroju wogóle, gdyż tyreoidyna tak wzmaga rozpad białka, że nastąpić może utrata tkanek ustrojowych. O zwykłym habitus asthenicus w danym wypadku nie może być mowy, ze względu na wybitne, szczegółowo przytoczone wyżej somatyczne cechy stanu dziecięcego, jeżeli nawet stan psychiczny tego 17-letniego osobnika uważać za odpowiadający jego wiekowi. Pirquet u chorego jest +; zdjęcie prom. Roentgena klatki piersiowej i płuc nic szczególnego nie wykazało; podczas pobytu na oddziale przechodził bronchopneumonję, której tło gruźlicze nie jest wyłączone, która jednak okazała się epizodem przypadkowym.

O nephrosis łącznie z chloruraemją nie może być tutaj mowy, gdyż postać tę cechuje znaczny białkomocz. A jeżeli może istnieć nephrosis sine albuminuria, to nie można sobie przedstawić zapalenia nerek bez jakichkolwiek elementów patologicznych w osadzie moczu. Przypuszczenie zaś, że są tu objawy nephrosclerosis, jest zupełnie nieprawdopodobne u osobnika 17-letniego z moczem o c. g. 1025, bez jakichkolwiek elementów patologicznych. Rozpoznanie takie można zupełnie wyłączyć bez specjalnej diagnostyki funkcjonalnej nerki. Wewnątrzwydzielnicze (a przedewszystkiem tarczyco-pochodne) podłoże obrzęków u danego osobnika rozpoznano nie tylko ex juvantibus, lecz na zasadzie całokształtu obrazu klinicznego. Obrzęk Quincke'go można w tym przypadku wyłączyć, gdyż obrzęki u naszego chorego są stałe (nie przelotne) i rozlane (nie ograniczone); raczej należałoby rozpoznać myxoedeme fruste, opisaną przez Hertoghe'a.

Abramowicz. **Ropień podprzeponowy lewostronny przedni.** (Z oddz. A. Sołowiejczyka).

M. S., stolarz, l. 32, człowiek o bardzo małej inteligencji, przybył ze skargami na bóle w okolicy lewego łuku żebrowego. 5 tygodni temu zauważył na tym miejscu guzek, który od czasu do czasu znikał, stopniowo się jednak powiększał. Dawniej chory miał jakoby dolegliwości żołądkowe; jakie—trudno orzec, szczegółów chory nie umiał podać. Na początku obecnej choroby podobno gorączkował w ciągu 3-ch tygodni. 3 dni przed wstąpieniem do Szpitala znów zaczął gorączkować. St. ob. Skarży się na bóle w lewym boku i na częste poty nocne. Budowy prawidłowej, odżywienia

miernego. Skóra i błony śluzowe blade; gałki oczne zapadnięte, język suchy. Gruczoły chłonne niewyczuwalne. Tętno 120—miarowe, szybkie, o średnim napięciu. Ciepłota 38—38,8°. Granice płuc po stronie prawej normalne. Po stronie lewej stłumienie serca zlewa się ze stłumieniem w okolicy dolnych żeber po linji sutkowej, stąd ciągnie się w lewo i ku tyłowi, gdzie sięga aż do łopatki. Tylko w okolicy między 6-ym a 7-ym żebrem, na linji pachowej, słychać odgłos bębenkowy. W jamie brzusznej —. W okolicy lewego łuku żebrowego wyczuwa się twardy, nieruchomy guz, który można było obmacać z tylnej strony, przyczym wydawało się, że guz jest przyrośnięty do dolnych żeber.

Tony serca czyste. Nad wierzchołkami płuc nieliczne drobnobańkowe rzężenia. Na miejscu stłumienia po stronie lewej oddech osłabiony, miejscami niesłyszalny.

Dane wywiadu, twarda konsystencja guza, stłumienie w okolicy lewego łuku żebrowego, od tego guza w lewo ku tyłowi, aż do łopatki, nasuwały myśl o guzie, wychodzącym z żeber, wzgl. o ropniu opadowym zakażonym. Roentgenogram nie wykazał jednak zmian w żebrach, ani zarysu nowotworu. Powstało więc pytanie, czy nie ma tu, być może, ropnia podprzeponowego. Prześwietlenie chorego wykazało tylko płyn w jamie opłucny, lecz nie dało wskazówek pozytywnych co do przypuszczalnego ropnia. W międzyczasie chory wysoko gorączkował. Stosowano zastrzyki p r o p i d o n u, które dawały dwudniowe polepszenie z nawrotami gorączki. Guz w tym czasie też się nieco zmniejszył; samopoczucie chorego się poprawiało. Lecz po kilku dniach stan chorego znów pogorszył się. Przystąpiono do próbnego nakłucia miejsca guza: wydobyto brunatny płyn ropny; otrzymano z łatwością 650 cm.³ płynu. Nastąpił okres polepszenia, nadal stosowano leczenie propidonem. Nastąpiło znów pogorszenie. Powtórna punkcja wykazała obecność pęcherzyków powietrza, a to potwierdziło przypuszczenie o ropniu podprzeponowym. Zabieg: zrobiono szerokie cięcie wzdłuż łuku żebrowego. Poprawa po zabiegu nietrwała; po 5—6 dniach, pomimo operacji i leczenia propidonem, gorączka podniosła się, nie ustępowała. Nakłucia jamy opłucny zrazu wykazywały surowiczy płyn; nieco później płyn ten stał się mętnawy, a po upływie miesiąca ropny. Wykonano więc resekcję IX żebra. Dopiero po tej operacji stan chorego zaczął się poprawiać: ciepłota opadała. Po 3 miesiącach wypisany został w zupełnie dobrym stanie zdrowia.

Trudności rozpoznania, jak już wskazano, spowodował tu przedewszystkiem brak inteligencji chorego, który nie umiał podać należycie danych anamnestycznych. Twardość i nieruchomość guza, jakotez niejasny obraz na roentgenogramie, nie dawały dostatecznej podstawy do przypuszczenia, że guz jest ropniem podprzeponowym. Jedyna rzecz, która nasuwała tę myśl, to były dane, choć niejasne, o chorobie żołądkowej. I rzeczywiście przypuszczaliśmy, że chory miał wrzód żołądka, który znalazł ujście pod przeponę, poczym na-

sląpiło sklejenie żołądka z przednią ścianą brzuszną i otorbienie wrzodu. Dopiero później, gdy stan chorego pozwolił na badanie żołądka bizmutem, otrzymano obraz dwudzielnego żołądka, co potwierdziło zupełnie pierwotne przypuszczenie o sposobie powstania tu ropnia. Proces w jamie opłucny również utrudniał ustalenie rozpoznania i wybór leczenia. Jak sie okazało, na oddziale wewnętrznym (gdzie chory był już badany i co ukrywał) roentgenogramy wykazały „zawoalowanie" szczytów, a więc chory przed sprawą żołądkową miał też chorobę płuc (tbc?). Ta okoliczność rzuca światło na uporczywą komplikację w jamie opłucny, która zresztą mogła była się rozwinąć również i per continuitatem.

W rozprawie St. Klejn uważa, że rozpoznanie danego przypadku nie powinno było nastręczyć trudności, gdy zważymy, że zostało stwierdzone zapalenie surowicze opłucnej oraz ropień w górnej połowie brzucha po tej samej stronie. Obecność powietrza przemawia również na korzyść ropnia podprzeponowego.

Lubelski nie podziela wywodów prelegenta o etjologji tu ropnia podprzeponowego i związku z wrzodem okrągłym żołądka. W przypadkach własnych L. nie spostrzegał zmian ze strony żołądka, które mogłyby tłumaczyć powstanie ropnia poddrzeponowego, inne narządy natomiast częściej się przyczyniały do wytworzenia tego rodzaju powikłania.

Higier, w związku z omawianym przypadkiem, zwraca uwagę, że zapalenie współczulne błon surowiczych spostrzega się i w innych sprawach ropnych, np. w ropnym zapaleniu ucha środkowego występuje niekiedy surowicze zapalenie opon i t. p.

Jastrzębski, na zasadzie dokonanych obserwacji anatomopatologicznych, podkreśla trudności, na jakie może natrafić kliniczne rozpoznanie ropni podprzeponowych.

Sołowiejczyk potwierdza rzadkość powstawania ropni podprzeponowych lewostronnych. Własnych obserwacji ma zaledwie cztery: w jednej, gdy ropień sięgał wzwyż prawie do grzebienia łopatki, okazało się na sekcji, że wytworzył się w związku z pęknięciem woreczka żółciowego.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 9 stycznia 1925 r.

Przewodniczył Lubelski.

Szour. **Przypadek żółtaczki pochodzenia kiłowo-salwarsanowego.** (Z oddz. doc. St. Klejna).

Szour, omówiwszy obszernie istniejące teorje, dotyczące żółtaczek kiłowych i salwarsanowych, przytacza przypadek 44-letniego chorego z oddz. wewnętrznego doc. Klejna. Od 12 lat kiła, niedostatecznie leczona, 2 tygodnie przed wstąpieniem na oddział zakończona kuracja salwarsanowa. O tydzień wcześniej napad bólów w dołku w ciągu 5—6 godz.—3 dni przed wstąpieniem do Szpitala—słaba żółtaczka, następnie b. intensywna. Szereg przeprowadzonych

badań stwierdził zamknięcie przewodu żółciowego wspólnego w ciągu kilku tygodni. Kilkakrotne zgłębnikowanie dwunastnicy wyjaśniło, że zamknięcie to i żółtaczka wywołane były sprawą ropną w drogach żółciowych. Systematyczne leczenie dożylnymi zastrzykami 40% urotropiny usunęło sprawę ropną i zwolniło przewody żółciowe. Pozostała duża wątroba o okrągłym twardym brzegu, o cechach wątroby, jak w hepatitis interstitialis luetica. W dalszym okresie leczenie dożylnie urotropiną w ciągu kilku miesięcy, poczym znaczne powiększenie wątroby bez żółtaczki. Leczenie śródmięśniowymi zastrzykami 2% Hydrarg. Salicyl. przynosiło po każdym zastrzyku widoczną poprawę. Po 6-iu zastrzykach wątroba zmniejszyła się o tyle, że obecnie już jej namacać nie można.

Ze szczegółowej analizy powyższego przypadku Sz. wyciąga następujące wnioski:

1) że chory już od wielu lat miał dolegliwości, jakby żołądkowe, które jednak wobec normalnego chemizmu i funkcji ruchowej żołądka, muszą być uznane za zależne od schorzenia wątroby;

2) że na tle schorzałej wątroby leczenie salwarsanem sprzyjało rozwojowi wzmożonemu drobnoustrojów, często bardzo licznych w drogach żółciowych, wzgl. sprawy ropnej w tych drogach;

3) że stare schorzenie wątroby — hepatitis interstitialis luetica chronica — pod wpływem leczenia salwarsanem poczęło szybko wzrastać, tworząc duży obrzęk wątroby;

4) że niekiedy żółtaczka w czasie leczenia kiły salwarsanem może być spowodowana przez hepatitis subacuta interstitialis luetica i powikłanie tego schorzenia — zapalenie ropne dróg żółciowych;

5) że zgłębnikowanie dwunastnicy wyjaśnia niekiedy w przypadkach żółtaczki kiłowo-salwarsanowej tło anatomopatologiczne schorzenia;

6) że żółtaczkę w powyższym przypadku należy nazwać kiłowo-salwarsanową, gdyż złożyły się na nią 2 czynniki: stare przewlekłe kiłowe schorzenie wątroby i leczenie salwarsanem;

7) że w analogicznych przypadkach mogą być otrzymane doskonałe wyniki lecznicze po systematycznych dożylnych zastrzykiwaniach 40% urotropiny i następczym leczeniu rtęcią.

W rozprawie Markusfeld zaznacza, jak zawiłą naogół jest sprawa żółtaczki u chorych na przymiot, leczonych środkami swoistymi, względnie neosalwarsanem. Sprawa ta była już przedmiotem specjalnych prac i tematów na zjazdach lekarskich i w ankietach. W danym przypadku wszystko, wydaje się, przemawia za tym, że mamy do czynienia z późnym przymiotowym cierpieniem wątroby. M. podkreśla, że, jak niedawno sprawa nawrotów nerwowych w przymiocie, leczonym salwarsanem, wywoływała ożywioną dyskusję, czy przyczyną tu nie jest salwarsan (a nieraz powodowało to nieusprawiedliwione przerywanie leczenia swoistego)—tak też zachodzi i obecnie obawa, aby żółtaczka, występująca jako recydywa w hepatitis luetica, czy też jako jeden z objawów przymiotu, nie

powstrzymała od jedynie wskazanego tu leczenia—swoistego—cierpienia podstawowego. Dopiero po wyłączeniu wszystkich innych przyczyn żółtaczki może być mowa o toksycznym działaniu salwarsanu, przyczym uwzględnić należy też wielkość dawki, ilość leku, jaką organizm już otrzymał i t. d.

Sterling Wcł. zaznacza, że aczkolwiek przypisywano salwarsanowi w dawniejszych czasach znaczną śmiertelność z powodu ostrego żółtego zaniku wątroby, to późniejsze badania o charakterze anatomopatologicznym (Paltauf) nie stwierdziły większej śmiertelności z powodu tego powikłania, aniżeli w okresie przedsalwarsanowym.

Zeydenbeutel sądzi, że salwarsan należy stosować po obfitym karmieniu węglowodanami, gdyż wówczas glikogen wątroby więcej się przeciwstawia występowaniu żółtaczki.

Wertheim. **W srawie leczenia przetok kałowych**.

Pokaz dotyczy 16-letniego chłopca, u którego przed 2 laty, wkrótce po otwarciu ropnia okołowyrostkowego, wystąpiła przetoka kałowa. Wobec tego, że nie nastąpiło samorzutne zamknięcie przetoki, przed $1^1/_2$ rokiem dokonano — obok usunięcia wyrostka — bocznego połączenia jelita krętego z poprzecznicą, wraz z jednoczesnym wyłączeniem obwodowego odcinka, prowadzącego do kątnicy. Po tym zabiegu kał z przetoki przestał się wydzielać, przetoka nawet na czas pewien zamknęła się była, ale w ostatnim czasie otworzyła się znowu, a w pewnej chwili z przetoki wydobył się nazewnątrz wynicowany, wyłączony, odcinek jelita, długości około 20 ctm. W listopadzie 1924 przystąpiono do ostatniej operacji, polegającej na okrajaniu powłok dokoła wypadniętego jelita, odwinięciu wynicowanej ściany i wyłonieniu odcinka jelita cienkiego od ślepego końca do przetoki i na resekowaniu tego odcinka wraz z przetoką. Chory zagoił się.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę ze względu na powikłanie w postaci wynicowania wyłączonego ślepego końca przez przetokę. Należy przypuszczać, że w danym przypadku zespolenie jelita krętego z poprzecznicą bez wyłączenia odcinka obwodowego mogłoby samo wystarczyć do zamknięcia przetoki. Wynicowanie niewątpliwie nastąpiło wskutek wzmożonego ruchu robaczkowego w pętli wyłączonej, który doprowadził do wgłobienia i wreszcie wynicowania jej końca ślepego.

W rozprawie Lubelski sądzi, że pierwszy akt operacji był b. może zbędny. Przetokę kałową można zamknąć w wielu przypadkach jednoczasowo, sposobem, podanym przez L. (Kwartalnik Kliniczny Tom I, Zeszyt II 1922 r.), a polegającym w głównych zarysach na tym, że nad otworem przetoki tworzymy ściśle zamknięty worek z wycięciem dookoła płatów skóry; następnie w warunkach aseptycznych, przez to samo cięcie, otwieramy jamę otrzewny i wykonywamy na jelicie operację, zależną od przypadku. Wycinanie wynicowanej przez przetokę pętli jelita jest niebezpieczne, mo-

żna bowiem zakazić jamę otrzewny; taką pętlę najlepiej wprowadzić do jamy brzusznej.

W odpowiedzi Wertheim zaznacza, że próbowano kilkakrotnie wprowadzić jelito do jamy brzusznej, ale bezskutecznie. Dlatego też należało postąpić radykalnie.

Wertheim przedstawia preparat, pochodzący od chorej, która podaje, że rodziła prawidłowo 5 razy, a jakoby od czerwca 1924 r. spostrzegała powiększający się stale guz w brzuchu. Perjody bez zaburzeń. Prócz nieznacznego zaparcia stolca, guz powyższy nie sprawiał chorej poważniejszych dolegliwości. W końcu jednak znaczne rozmiary guza zniewoliły chorą do wstąpienia do Szpitala.

Badanie wykazuje stan ogólny niezły. W jamie brzusznej dużych rozmiarów guz, sięgający w górę o 3 palce poprzeczne powyżej pępka, a ku dołowi do miednicy małej, niebolesny, dość ruchomy, o powierzchni niezupełnie gładkiej, nie chełbocący. Granice boczne odpowiadały linjom sutkowym. Trzon macicy przez pochwę nie wyczuwalny, ucisk na guz odbija się na ruchach części pochwowej. Przydatki nie wyczuwalne.

Do operacji przystąpiono 12.XII.24 w przypuszczeniu, że się ma do czynienia z dużym włókniakiem macicy. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono olbrzymi guz, zajmujący całą prawie jamę brzuszną i odsuwający jelita ku górze, względnie na boki. Do guza przylegała lewą krawędzią macica, wraz z przydatkami. Przydatki prawostronne były zupełnie wolne. Narazie wyłożenie guza z brzucha szło bardzo opornie, był jakby przymocowany do kręgosłupa i bocznej ściany brzusznej. Biegun górny ginął gdzieś w lewym podżebrzu. Dopiero po przecięciu więzu szerokiego i trąbki, tuż przy macicy, przekonano się, że guz leży pozaotrzewnowo, a wówczas, naciąwszy otrzewnę tylnej ściany brzusznej na dość znacznej przestrzeni, wyłuszczono na tępo, przy względnie niedużym krwawieniu, olbrzymi guz o charakterze twardego tłuszczaka, umiejscowiony podstawą z lewej strony kręgosłupa. Wytamponowawszy prowizorycznie łożysko, ustalono w okolicy nerki lewej obecność analogicznego, lecz znacznie mniejszego guza, który również na tępo usunięto. Po stwierdzeniu całości nerki i moczowodu, zaszyto szwem ciągłym otrzewnę tylną, przymocowawszy krawędź lewą macicy do dolnego kąta szwu, zaś jamę brzuszną zamknięto szwem trzypiętrowym. Badanie mikroskopowe preparatu wykazało: tłuszczak włókniakowaty.

Tłuszczaki zaotrzewnowe w ostatnich latach opisywane są częściej.

Pierwszy przypadek opisany został w r. 1789 przez Morgagniego. Potem w r. 1850 Broca podał szczegółowy opis pośmiertnych oględzin wraz z badaniem mikroskopowym. U nas guzy pozaotrzewnowe przedstawiano kilkakrotnie: tak w r. 1879 Mars, potem Stankiewicz i Kielkiewicz. Wreszcie Szybowski podał opis szczegółowy przypadku, operowanego przez Sawickiego.

Punktem wyjścia tłuszczaków bywa już to wprost ściana brzuszna, już to tłuszcz okołonerkowy, albo też tkanka krezkowa.

Nowotwory te występują najczęściej u kobiet, między 30—50 rokiem życia, rosną przeważnie wolno, dają niekiedy zrosty z nerką, nie zawsze powodują zaburzenia jej czynności, a najczęściej wychodzą z dołu biodrowego. Niekiedy wrastają we wszystkie fałdy krezki. Choremu dają się we wznaki późno. Jelita przeważnie ulegają odsunięciu na boki; niedrożności te guzy nie powodują prawie nigdy. Tłuszczaki zaotrzewnowe dosięgać mogą olbrzymich rozmiarów; nieoperowane — z biegiem czasu prowadzą do ciężkich zaburzeń natury mechanicznej lub do zwyrodnienia złośliwego. To też rokowanie nawet w przypadkach łagodnego charakteru guza jest zawsze poważne, a wyniki operacyjne w przypadkach daleko posuniętych — wątpliwe, ze względu na możliwość rozległych zrostów unaczynionych, na wrastanie guza w krezkę, konieczność rozległych resekcji jelita i t. p.

Rozpoznanie przed operacją nie należy do łatwych, idzie tu najczęściej o torbielaki lub włókniaki macicy. Jako cechę, do pewnego stopnia charakterystyczną, możnaby wymienić nieznaczne dolegliwości w zestawieniu z dużymi rozmiarami guza.

Leczenie tylko operacyjne. Najdogodniejsze do operowania są guzy położone tak, jak w przypadku tym, t. j. z boku kręgosłupa, gdyż rzadko wrastają w krezkę. Dostęp najwygodniejszy jest przez brzuch — zresztą, ze względu na trudności rozpoznawcze droga ta nasuwa się mimowoli najczęściej. Niewielkie tłuszczaki okółonerkowe można oczywiście atakować od strony lędźwiowej.

W rozprawie Szenkier omawia własny przypadek operowany, w którym podobne guzy wyrastały z otoczki nerki, z jednej i drugiej strony. Nerka w tych wypadkach przedstawia przeważnie zmiany w postaci wodonercza.

D. Szenkier. **Pokaz pyelogramów.**

1) Pyelografja jest ważnym środkiem dla wykrycia kamicy nerkowej. Nawet gdy promienie Roentgena nie mogły wykryć kamienia nerkowego, możemy zapomocą pyelografji ustalić z całą pewnością obecność kamyka. Ważne znaczenie zyskuje pyelografja w sprawie dokładnego umiejscowienia kamyka w nerce. W demonstrowanym przypadku Sz. wskazuje na zwykłym rentgenogramie cień kamyka, lecz trudno tu jednak ustalić, gdzie właściwie kamyk znajduje się, czy w miedniczce, czy w jakimś kielichu, czy w samym miąższu nerki. Pyelografja (25% NaBr) z całą dokładnością wykazała, że mały kamyk leżał w miedniczce. Operacja, którą Sz. wykonywał (pyelotomia), potwierdziła wynik pyelografji. Dzięki niej Sz. mógł w danym przypadku ograniczyć się tylko do cięcia miedniczki i uniknąć niebezpiecznego cięcia miąższu nerki.

2) Następnie Sz. pokazuje kliszę, na której widać z jednej strony dokonaną pyelografję, z drugiej—uretherografję.

W rozprawie Gliksman przytacza przypadek, zrazu rozpoznany, jako guz nerki, a w którym rentgenogram nic nie wykazywał. Dopiero po napełnieniu płynem miedniczki, badanie pyelograficzne wykazało właśnie wyraźny cień kamienia. W przypadkach wodonercza kamienie uwydatniają się na tle kontrastowym znakomicie.

Endelman i Goldstein. **Przypadek nowotworu (kostniaka) kości sitowej.**

Goldstein demonstruje 30-letnią Sz. G., leczoną od 10 lat z powodu dolegliwości w jamie ustnej i górnej prawej szczęce. U chorej występował już kilkakrotnie obrzęk prawej $^1/_3$ twarzy i oka; w ciągu ostatniego roku wzrok znacznie się pogorszył, prawe oko zostało przesunięte w kierunku skroniowym i ku dołowi, wystąpił wytrzeszcz. Dno oka (Endelman) wykazało neuritis optica dextra, w prawej połowie jamy nosowej zaś stwierdzono (Lubliner): twardy guz przerastający anthrum ethmoidale oraz muszle średnią i dolną.

Roentgenogram, wykonany jeszcze w 1922 r., wykazał nowotwór kostny, przerastający prawą zatokę szczękową i jamę nosową oraz wrastający w oczodół do zatoki czołowej i podstawy czaszki, aż do cavum sphenoidale. To samo wykazał rentgenogram, wykonany przed operacją (Mesz); rozmiary guza wydały się jednak większe, niż poprzednio. Pomimo przewidywanych trudności dostępu do tylnej części kości sitowej, G. zdecydował się na zabieg operacyjny i, ażeby jaknajmniej zeszpecić i nie uszkodzić kości nosowych, obrał zmodyfikowany nieco sposób (opisany przez Gussenbauera), który opracował wspólnie z Karbowskim i Endelmanem. Cięciem Kiljanna od strony dośrodkowej prawego oczodołu odchylono płat skóry, wydłutowano wyrostek czołowy kości szczękowej i wewnętrzną ścianę oczodołu, poczym trafiono na guz, który przebito dłutem na wysokości średniej muszli i oddzielono od podstawy czaszki. Usunięto w ten sposób górną część guza, obracając go i pociągając ostrożnie. Dolna część guza, większa od poprzedniej, przerastała jamę nosową, zajmując znaczną część szczęki. W celu wydobycia tej części nowotworu G. był zmuszony powiększyć pierwotne cięcie skóry, usunąć znaczną część wyrostka kości szczękowej, a nawet część i prawej kości nosowej. Krwawienie było nieznaczne. Niewielki otwór w ścianie zatoki szczękowej rozszerzono, aby stworzyć łatwiejszy odpływ wydzieliny, całą zaś jamę pooperacyjną wyłożono sączkami gazy jodoformowej, których końce wyprowadzono przez prawe nozdrze. Ranę na twarzy zaszyto; przebieg pooperacyjny gładki; wynik kosmetyczny doskonały. Ustawienie gałki ocznej obecnie prawidłowe, wytrzeszcz znikł. Pozostaje jedynie neuritis optica z podwójnym widzeniem w kierunku pionowym.

W rozprawie Karbowski nie podziela wywodów G., o rozpoznaniu w danym przypadku kostniaka. Chora miewała przed kilku laty obrzęki w obrębie górnej szczęki i oczodołu, co należy

łączyć z przebytą ropną sprawą zapalną kości sitowej. Tego rodzaju sprawy przewlekłe przebiegają często ze zniszczeniem kośćca lub też z nowotworzeniem tkanki kostnej, w danym zaś wypadku mamy niewątpliwie zagęszczenie kości (eburneatio) na tle zapalnym. Przemawia za tym i konfiguracja „nowotworu" — są to kontury kości sitowej—oraz przebieg operacyjny, wyłuszczenie bowiem nie nastręczało trudności, gdyż granice „nowotworu" odpowiadały naturalnym szwom kostnym kości sitowej. W podobny sposób powstają kostniaki jam obocznych nosa i inne nowotworzenia tkanki kostnej w przebiegu spraw ropnych. K. przypomina wyniki badań anatomopatologicznych w dwu przypadkach, operowanych przez niego: sinusitis frontalis dilatans. (Gazeta Lekarska). K. zwrócił wówczas uwagę, że zapalenie, o ile przekracza granice błony śluzowej, powoduje stan podrażnienia okostnej, której komórki kościotwórcze stają się bardziej czynne. Jeżeli uwzględnimy budowę anatomiczną kości sitowej, to łatwo będziemy mogli zrozumieć, że nowotworzenie tkanki kostnej, w przebiegu przewlekłej sprawy zapalnej, jest w stanie nieraz doprowadzić do skostnienia wszystkich komórek.

Lubelski podaje, że operował podobny przypadek, stosując również cięcie Kiljana; guz wyrastał z torebki Tenon'a.

Bryzman uważa, że wobec kwestji spornej, jedynie badanie histopatologiczne może tu rozstrzygnąć, czy sprawa jest zapalna, czy nowotworowa.

Goldstein i Graber. **Przypadek plastyki klatki piersiowej.**

S. W., lat 32, zapisana na oddział 15.VIII.1923 r. z powodu przetoki klatki piersiowej. 2 lata przedtym przebyła zapalenie płuc. Od tego czasu stale niedomaga. 8 miesięcy temu operowana z powodu ropnego zapalenia opłucnej lewej. Dokonana była resekcja żebra. Od tego czasu pozostała przetoka stale wydzielająca.

St. ob. Budowa prawidłowa, odżywienie niezłe; skóra i śluzówki zabarwione normalnie. Aparat gruczolowy zmian nie przedstawia. Prawe płuco bez zmiany. Płuco lewe: wypuk bębenkowy, nad obojczykiem przytłumienie, oddech zaostrzony. Tony serca czyste, rytm regularny. Narządy jamy brzusznej bez zmian. Na klatce piersiowej z tyłu, na linji łopatkowej, na wysokości 10 żebra przetoka, wydzielająca dość znaczną ilość cuchnącej ropy. Menses prawidłowe. Badanie moczu nic szczególnego nie ujawnia. 4.IX.1923 dokonano operacji – usunięto żebro 10 na długości 25 ctm., dochodząc bezpośrednio do przepony. Liczne zrosty opłucnej oddzielono, jamę sączkowano. 8.IX. podczas opatrunku, kiedy do rany wlano emulsję jodoformową, chora zaczęła się dusić, kaslać i spluwać natychmiast czystą emulsję. Przebieg pooperacyjny dobry. Rana goiła się dobrze, jednakże pozostała przetoka, drążąca ku oskrzelom. Wobec tego, dn. 31.I.1924 r. dokonano rozległej plastyki lewej połowy klatki piersiowej. Cięcie płatowe. Wyresekowano żebra: 9, 8, 7, 6 i 5 na

przestrzeni od 4—7 ctm. w linji pachowej. Przetokę wycięto, opłucną wyłyżeczkowano. Płat skórny zaszyto. Bliznę poprzednią wycięto. Jamę opłucnej wysączkowano. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Dn. 18.I. 1925 r. wypisana z raną b. małą.

W rozprawie Lubelski zaznacza, że na jego oddziale znajduje się chora, u której niedawno wykonał częściową operację Szede'go. Chora zniosła zabieg dobrze. Prócz żeber i grubego płata mięśni, leżących na żebrach, należy w przypadkach przewlekłych, trwających wiele lat, naciąć też i b. zgrubiałą opłucną.

Gliksman posługiwał się również sposobem Szede'go z wynikiem dobrym. Tworzenie się komunikacji oskrzelowej jest najczęstszą przyczyną przewlekłego gojenia się rany. W podobnych przypadkach G. zaleca stosowanie pasty Beck'a.

Goldstein. **Przypadek mięsaka otoczki nerki.**

47-letnia C. M. chora od roku. Silne ataki bólu w praw. podbrzuszu, promieniujące ku łopatce i połączone z gorączką. Ataki trwają po kilka dni. Podobno po ataku oddaje więcej moczu. Żółtaczki nigdy nie było. St. o b. Chora blada, wyniszczona. W jamie brzusznej, po stronie prawej, guz wielkości główki noworodka, przekraczający linję środkową, ruchomy, ale słabo balotujący, w okolicy nerkowej. Wątroba powiększona, wyczuwa się ją pod łukiem żebrowym. Po napełnieniu okrężnicy powietrzem guz zostaje pokryty jelitem. Wykonano badanie czynnościowe nerek, które wykazało wybitne upośledzenie prawej nerki. Pyelografja zdecydowała rozpoznanie w sensie wodonercza. Podczas operacji wydobyto olbrzymią guzowatą nerkę. Mięsak, wychodzący z otoczki, przerósł moczowód i wywołał częściowe wodonercze. Przypadek ciekawy: 1) ze względu na rozpoznanie różniczkowe, postawione dzięki czynnościowemu badaniu nerek i 2) ze względu na rzadkość mięsaków nerek u ludzi dorosłych.

Sterling. **Przypadek choroby Dühringa.**

Chory H., lat 60, przybył na oddział dn. 13.XII. r. u. Zachorował podobno miesiąc temu. Zmiany skórne — rozległe zaczerwienienie i swędzenie — wystąpiły na pośladkach i stopniowo rozsiały się po całym ciele. Stosowano maść obojętną, po której jednak stan choroby się pogarszał. Nigdy przedtym żadnych chorób skórnych nie miał. Żonaty od 30-tu lat; 8-ro dzieci.

St. ob. Znaczny obrzęk górnych i dolnych kończyn; na zewnętrznych powierzchniach ramion—drobne, wielkości łebka szpilki, pęcherzyki. Skóra brzucha i dolnej tylnej części klatki piersiowej zaczerwieniona i nacieczona; na tle rozległego zaczerwienienia skóry występują uczastki skóry zupełnie zdrowej. Brzegi zaczerwienienia nieco wzniesione. Miejscami skóra pokryta drobnymi łuseczkami, barwy białawej, mocno przylegającymi do skóry. Na szyi występują ogniska pojedyncze, formy owalnej, o brzegach nieco wzniesionych i o środku zapadłym, pokrytym drobnymi łuseczkami.

M o c z: badanie nic patologicznego nie wykazało.

K r e w: krzepliwość 12 min.; hemoglobiny 84%; erytrocytów 5.260.000; wskaźnik barwikowy krwinek 0,8; leukocytów 12.520; limfocytów małych 19,2%; limfocytów większych 1,6%; monocytów 4,0%; neutrofilów 65,1%; eozynofilów 9,6%; bazofilów 0,1%; komórek plazmatycznych 0,1%; myelocytów neutrofilowych 0,3%.

Gdy chory wstąpił na oddział, zmiany skórne robiły wrażenie erytrodermji. Po jednokrotnym zastosowaniu jodyny (T—rae Jodi— 10 krop. per os) wystąpiły pęcherze, które stopniowo zaczęły przeważać w klinicznym obrazie chorobowym, usuwając zmiany typu rumieniowatego na plan drugi. L e c z e n i e. Chory leczony jest prom. Roentgena: naświetlanie śledziony sposobem Pautrier'a (4 H poprzez 5 mm. filtr aluminiowy w odstępie trzytygodniowym). Obecnie chory otrzyma drugie naświetlenie.

S o ł o w i e j c z y k. **Przypadek nowotworu jelita cienkiego**.

S. demonstruje guz, wycięty z jelita cienkiego; badanie mikroskopowe wykazało, że ma budowę, jak sarcoma gigantocellulare.

Guz pochodził od 56-letniego mężczyzny H. Sz.,przybyłego na oddział chirurgiczny 10.XII.24 z objawami niedrożności jelit. Chory od dwóch lat cierpiał na napadowe bóle w brzuchu, zwykle po jedzeniu, bez wymiotów. Wypróżnienia miewał zazwyczaj prawidłowe. W chwili przybycia na oddział ciepłota była normalna, tętno 110, brzuch wzdęty. W okolicy lewego podżebrza wyczuwał się guz wielkości pomarańczy; widoczne było ustawianie się jelit cienkich. Wobec ciężkiego stanu chorego rentgenoskopja została zaniechana i 11.XII.24 dokonano laparotomji. W lewym podżebrzu odrazu natrafiono na guz wielkości mandarynki, obejmujący jelito i gruczoły krezkowe. Doprowadzająca część jelita była rozszerzoną, ścianki zgrubiałe. Część odprowadzająca była mniej zgrubiała, światło jelita w miejscu zwężenia przepuszczało dość swobodnie zawartość pokarmową. Guz i jelito na przestrzeni 40 ctm. resekowano, końce odcinków zamknięto na głucho w zamiarze dokonania zespolenia bocznego. Okazało się jednak, że odcinek doprowadzający był za bliski dwunastnicy i wobec braku miejsca na zespolenie odcinków, musiano wykonać połączenie między żołądkiem a odprowadzającym odcinkiem jelita. Na trzeci dzień wystąpiły objawy circulus vitiosus: żółć, dostając się z powrotem do żołądka, wywoływała ciągłe wymioty; chory zmarł.

W r o z p r a w i e L i p e s uzupełnia niektóre dane anamnestyczne o chorym, którego znał przed przybyciem na oddział. Cierpienie trwało blisko dwa lata; rentgenogram, wykonany przed rokiem, już wykazywał zmiany, wskazujące na nowotwór jelita.

S o ł o w i e j c z y k. **Przypadek obustronnej torbieli skórzastej, zawierającej guz — tłuszczak.**

24-letnia panna, przybyła na oddz. chirurg. 28.VIII.1924 r. Od 4 lat miewała napadowo bóle brzucha z wysoką zazwyczaj gorącz-

ką, niekiedy wymioty. Ostatni napad przed 5 tygodniami; odtąd wciąż chora. Miesiączkowanie od 17 r. życia, nieobfite, co 4—4½ tyg. Wypróżnienia normalne. St. ob.: brzuch powiększony, pępek wygładzony; w jamie brzusznej wolny płyn oraz nierówna, niezbyt twarda, guzowatość. Przypuszczano zrazu, że to albo gruźlica otrzewny (peritonitis tbc. tuberosa), lub też zapalenie wyrostka robaczkowego z następczym zajęciem otrzewny.

2.IX.1924 r. laparotomja. Po wypuszczeniu ok. litra dość gęstego brunatnego płynu z jamy brzusznej, uwidocznił się po stronie prawej guz wielkości pięści, który okazał się torbielą skórzastą prawego jajnika. Po stronie lewej również natrafiono na guz wielkości głowy ludzkiej, którego ściany zapadnięte przemawiały za tym, że zawartość jego częściowo wylała się do jamy brzusznej. Była to torbiel skórzasta lewego jajnika. Oddzielono zrosty guzów z jelitami, odcięto je, jamę brzuszną częściowo zamknięto, pozostawiając kilka sączków ku małej miednicy. Przebieg pooperacyjny bez powikłań; chora po kilku tygodniach opuściła oddział zdrowa.

W torbieli lewostronnej, prócz masy łojowej i włosów, znaleziono guz — tłuszczak wielkości pomarańczy, przymocowany zapomocą trzech więzów różnej długości (8 — 12 ctm.) do wewnętrznej ściany torbieli. Rzadki ten preparat zasługuje na specjalną uwagę.

W rozprawie Fingerhut wskazuje na objawy, które w danym wypadku pozwoliły rozpoznać przed operacją guzy jajników.

Lubelski przytacza własny przypadek torbieli skórzastej, operowany w 1904 r.; 14-letniemu chłopcu, mianowicie, usunięto z kanału pachwinowego guz, wielkości jaja kurzego; badanie drobnowidzowe wykazało torbiel skórzastą.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 30 stycznia 1925 r.

Przewodniczył Lubliner.

Luxenburg i H. Klein. **Przypadek hemoglobinurji napadowej i guza nadbrzusza.**

42-letni G. J. handlarz końmi; od 3 lat napady dreszczów, gorączki do 39°, bólów głowy, mdłości, osłabienia. Napad trwa ok. 3 godzi, poczym chory oddaje ciemny mocz. Z początku raz na 3 — 4 tygodnie; ostatnio prawie codziennie — napady znacznie go osłabiły. Przebywanie na chłodzie powodowało częstsze i silniejsze napady. Rok temu żółtaczka; trwa jeszcze w nieznacznym stopniu. Leczono go chininą, jakoby na malarję—per os i podskórnie — bezskutecznie. Przed 5 tyg. zauważył guz w dołku, niebolesny, który odtąd stale się powiększał. Przed 2 laty nieznaczne krwioplucie. Pozatym zawsze zdrów; lues negatur. Dzietny; żona nie roniła.

St. ob. Wysoki, barczysty, wychudzony, blady z odcieniem żółtawym. Nieznaczne powiększenie grucz. szyjnych. Odruchy źrenic i ściegnowe normalne. Lekki cień na rentgenogramie u szczytu płuc. Granice i tony serca bez zmian, co kilkanaście uderzeń — ex-

trasystole. P. 80. Ciśń. 135 (Riv.-R.). Nadbrzusze zajęte przez twardy guz, występujący o 2 — 3 cm. nad powierzchnię, jakby złożony z 2 wypukłych połówek, obok siebie leżących, nie bolesnych, nie chełboczących, lekko opadających podczas wdechu. Brzeg wątroby twardawy, niebolesny — od spina ilei sup ponad pępkiem do lewego łuku żebr. Śledziony się nie wypukuje, niemacalna. Pod wpływem gazu, wprowadzonego przez zgłębnik do żołądka, kontury jego zarysowały się wyraźnie nad i pod pępkiem. Chemizm żołądka normalny. Krew: eryt. 2,3 mil., leuk 11000, Hb. 53, formuła cytolog. normalna. Odporność krwinek niezmieniona. Bilirubiny we krwi 9,35 mgr. Pasożytów malarji niema. WaR +++. Mocz i kał bez zmian.

Z powyższego widać, że idzie nie o guz żołądka, ale wątroby. Wobec niezwykłej rzadkości nowotworów pierwotnych w niej, a braku w danym wypadku pierwotnego nowotworu w odbytnicy lub żołądku, pozostaje przypuszczenie, że guzem jest tu bąblowiec albo kilak. Przeciw pierwszemu przemawia brak bolesności, płynu w otrzewnej, eozynofilji (o ileby szło o bąblowiec wielokomorowy), również niema swoistego chełbotania torbieli. Swoistej seroreakcji nie wykonano z powodu braku antigenu. Pozostaje więc jedynie rozpoznanie kilaka o wyjątkowej wielkości, bez bolesności, bez często spostrzeganego tarcia i powiększenia śledziony; przemawia za tym i WaR.

Napady gorączki z ciemnym moczem przypominały hemoglobinurję napadową. Brak momentów toksycznych oraz wywiady wskazywały na chłód, jako na przyczynę, wywołującą tu cierpienie. Celem ustalenia rozpoznania zanurzano ręce chorego do połowy przedramion w świeżej wodzie wodociągowej (w grudniu). Po 15 minutach: ziewanie, dreszcze, t.° 38,4, w godzinę potym bardzo ciemny mocz zawierał białko oraz oxyhemoglobinę, stwierdzoną spektroskopowo i zapomocą próby piramidonowej. Krew w napadzie wykazała zmniejszenie liczby leukocytów o 4 tysiące, zwiększenie limfocytów z 21 na 28% i zupełne zniknięcie eozynofilów (poprzednio 2%) — zjawiska, właściwe napadowi hemoglobinurji.

Obecność we krwi swoistej „ziębnej" [1]) hemolizyny stwierdzona została w danym wypadku zapomocą doświadczenia Donath-Landsteiner'a [2]): w czasie wolnym od napadu wzięto z żyły krew, oddzielono krwinki od surowicy i do tej ostatniej dodawano — w pewnym określonym stosunku ilościowym — zawiesinę krwinek chorego, poczem mieszaninę wstawiono na 1/2 godziny do wody lodowej, skąd znów do cieplarki. Tu nastąpiła hemoliza. Następnie do-

[1]) Niemieckie „Kaltehaemolysin" proponujemy przetłomaczyć „ziębna" hemolizyna, ponieważ idzie tu nie o absolutne zimno, ale o tę temperaturę, przy której chory ziębnie, podczas gdy zdrowy nie czuje zimna.

[2]) Wykonanego w pracowni Państwowego Zakładu Hygjeny pod kierunkiem d-ra L. Hirszfelda, za co ref. uprzejmie dziękuje.

świadczenie: uprzednie ogrzanie surowicy zapobiegało hemolizie, dodanie jednak normalnej surowicy — wywoływało ją, czyli że dopełniacz krwi chorego jest jednoznaczny z dopełniaczem krwi normalnej.

Tak więc doświadczenie z zanurzeniem rąk w chłodnej wodzie oraz zjawiska, spostrzegane podczas tego doświadczenia, wreszcie doświadczenie metodą Donath-Landsteiner'a — wszystko dowodzi, że mamy do czynienia z czystym przypadkiem napadowego hemoglobinomoczu ziębnego. I w tym wypadku, jak wogóle w większości podobnych spostrzeżeń, stwierdziliśmy dodatni WaR. Okoliczność ta czyni tu również prawdopodobnym przypuszczenie charakteru kiłowego guzów nadbrzusza.

Wobec powyższego zostało rozpoczęte leczenie przeciwkiłowe; upłynęły już 3 tygodnie, lecz jeszcze żadnego wyniku się nie spostrzega.

W rozprawie Markusfeld uważa zmiany wątroby w danym przypadku za charakterystyczne dla schorzenia kiłowego.

Lubelski przypomina, że odczyn Wassermana słabo dodatni nie koniecznie świadczy o sprawie pochodzenia swoistego, gdyż i nowotwory złośliwe czasami wykazują to samo.

M. Abramowicz. **O chorobie Hirschsprunga.** (Patrz artykuł oryginalny str. 78).

Konferencje neurologiczne oddziału IX-ego.

Posiedzenie dn. 7.XII. 1924 r. (Ciąg dalszy).

Prussakowa. **Przypadek jamistości rdzenia.**

K. A. l. 63, przybył dn. 13.IX.24. Zachorował we wrześniu 1923: potknął się, upadł na podłogę (na dłonie), przytomności nie stracił. Gdy włożył ręce do wody zimnej, poczuł kłucie w palcach dłoni. Nazajutrz nastąpiło drętwienie palców, które trwało przez 4 miesiące, a po upływie półrocza pojawiły się omamy cieplikowe w l. połowie ciała. Na początku 1924 r. wystąpiło uczucie sztywności w palcach obu dłoni (pr. > l.). W połowie lata 1924 r. zaczęła słabnąć pr. kończ. dolna. Od 3 miesięcy ruchy w pr. kończ. górnej ograniczone. Od roku okresowo nietrzymanie moczu.

St. ob. Pr. źrenica cokolwiek większa od l. Oddziaływanie źrenic na światło i zbieżność zachowane. Gałka oczna pr. cokolwiek głębiej osadzona, niż l. Ruchy k. g. pr. ograniczone głównie w odcinku obwodowym. Siła mięśni osłabiona w obu k. k. g., w pr. > l. Mięśnie: kapturowy, naramienny i być może drobne mięśnie dłoni z pr. str. wykazują zaniki

i drgania włókienkowe; pobudliwość elektryczna osłabiona, zmian jakościowych niema.

K. k. d. — tylko ruchy palców prawej stopy cokolwiek ograniczone. Siła ruchów w lewej normalna, w prawej—osłabiona. Czucie dotykowe osłabione w palcach u dłoni. Czucie bólowe i cieplik. osłabione z l. str. od 3 żebra do pachwiny; na kończ. doln. l. zniesione. Percepcje kinest. upośledzone w palcach obu dłoni i pr. stopy. Zmysł stereognostyczny upośledzony w obu dłoniach, z pr. > l. Zmysł gnost. z pr. str.=0, z lewej znacznie upośledzony. Odr. TrR. — wzmożone, odr. Jakobsohna z obu str. +; brzuszne—pr. 0, l.—słaby, PR.—kloniczne, AR.—wzmozone, pr. > l., Babiński z pr. str. +, z l. niewyraźny.

Próba lipjodolowa: 24 godzin po zastrzyku 2 małe krople lipjod. na wysokości V kr. sz., większa część lipjodolu na dnie rowka twardówkowego. Na 11 dzień po zastrzyku lipjodolu w części szyjnej już nie stwierdzono.

Zaburzenia czucia o typie Brown-Sequarda, drgania włókienkowe, przemawiają za lokalizacją w rdzeniu. Początek cierpienia ma niewątpliwie związek z urazem. Jest to możliwe, że wstrząs lub też nadmierne napięcie korzeni spowodowało drobne wylewy krwawe do substancji rdzeniowej, których następstwem było bujanie tkanki glejowej i zmiany wsteczne, odpowiadające jamistości rdzenia.

W rozprawie Wł. Sterling uważa, że znaczne zaburzenia gnost. i stereognost. nie odpowiadają tu lokalizacji w rdzeniu, nie można więc wyłączyć umiejscowienia schorzenią także w mózgu. Flatau sądzi, że przypadek jest trudny do rozpoznania. Drgania włókienk. przemawiają za lokalizacją w rdzeniu. Zaburzenia gnostyczne i stereognostyczne są tu najprawdopodobniej uwarunkowane zmianami w czuciu elementarnym. Higier przypuszcza tu lokalizację rdzeniową. Goldflam wyłącza krwotok do rdzenia, nie było bowiem gwałtownych objawów; prawdopodobnie glioza była już przed upadkiem. Bregman zdanie to podziela.

Posiedzenie dn. 4 stycznia 1925 r.

Nudelman. **Przypadek guza mózgu.** (Z oddziału L. Bregmana).

J. A., lat 32, od maja roku zeszłego bóle głowy w okolicy czołowo-ciemieniowej i w dzień i w nocy. Od sierpnia r. z. nie pracuje; doznaje drętwienia w prawej 1/3 twarzy, zębach, karku i pkd.; co parę dni wymiotował.

W 10—12 r. życia upadł na podłogę z szafy i zranił głowę w części potylicznej. Bólów głowy wówczas nie miewał, rana zagoiła się; w tym okresie jakoby krótkotrwały ropotok

z prawego ucha. Choroby weneryczne —. Od 1914 r. prawym okiem nie widzi z powodu urazu. W 1915 r. dur. Na oddziale od października 1924 r.

St. ob. Narządy wewnętrzne bez zmian. Tętno 64 — miarowe, Kernig +, sztywność karku, bóle głowy silne z prawej strony i w potylicy; wymioty. Lewy fałd nosowowargowy nieco mniej się zaznacza, niż prawy. Opukiwanie głowy w okolicy czołowej i skroniowej bardzo bolesne, zwł. z prawej strony.

V. o. d. = 0; V. o. s. = 0,5. Dno oczu: oko prawe—zaćma; oko lewe—wybitna tarcza zastoinowa; pole widzenia koncentrycznie nieco ograniczone; Ny—0; Romberg—0; ataksji niema, pozatym żadnych zmian w układzie nerwowym. Odcz. Wasser. we krwi i płynie mózg.-rdzen. ujemny. W płynie: 26 limfoc. w 1 mm.^{3}; Nonne-Apelt +; białko—0,23%. Roentgenogram czaszki: siodło zniekształcone, tylne wyrostki (dorsum) zupełnie zniesione, przednie zachowane. Mocz normalny. W uszach (Lubliner): otitis media suppurativa chronica dextra; pobudliwość błędników zachowana. Chory chodzi.

Tak więc widzimy, że w danym przypadku były objawy wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego (bóle głowy, wymioty, wybitna tarcza zastoinowa z lewej strony) i nieznaczny niedowład n. twarzowego z lewej strony. Objawy te wzgl. najbardziej przemawiały za guzem mózgu. Wobec niewielu objawów miejscowych, trudno było narazie orzec o jego lokalizacji. Dawny ropotok prawego ucha, bradykardja i lekki niedowład n. twarzowego nasuwał myśl o ropniu mózgu w płacie skroniowym prawym. Należało również wziąć pod uwagę przymiot i dlatego początkowo poddaliśmy chorego leczeniu swoistemu, co zawiodło. Naświetlaliśmy też chorego po pewnym czasie prom. R, lecz bóle głowy i wymioty spotęgowały się. Chory stał się po 3 ch tygodniach pobytu w Szpitalu niespokojny, w nocy zrywał się z łóżka, twierdził, że się zarżnie. Z powodu bólu zębów i drętwienia dziąseł chciał sobie wybić ząb, pokrwawił się. Następnie stał się senny. W końcu 4-go tygodnia stwierdzono nadal sztywność karku, bolesność uciskową prawego wyrostka sutkowego oraz zupełne porażenie kończyn lewych. Obj. Gordona—kontralateralny. Postanowiono więc, za zgodą chorego, poddać go radykalnej operacji usznej. Dr. Lubliner wykonał antrotomję: wyrostek sutkowy był skostniały, jama bębenkowa zawierała zropiały perlak (cholesteatoma). Obnażono oponę twardą, wykonano cztery punkcje do istoty mózgowej, lecz ropy nie wydobyto.

Pierwsze kilka dni po operacji—stan bardzo ciężki, nieprzytomność. Na 5 dzień przytomność wróciła; skargi na osłabienie wzroku, gałki oczne zwrócone są w prawo; porażenie lewych kończyn mniej wybitne, niż przed zabiegiem. Na 6-ty

dzień po operacji zanieczyszcza się; porażenie lewych k.k. nieco mniejsze. Obj. Gordona obustronnie. Jedenastego dnia chory znów nieprzytomny, zanieczyszcza się, następuje znów porażenie zupełne lkg. W 2 tygodnie po operacji chory już zupełnie nie widział, nie miał poczucia światła.

Wobec tych objawów postanowiono znów wykonać trepanację czaszki (Sołowiejczyk). Po odchyleniu skóry nad pr. kością skroniową, obnażono oponę twardą, przecięto ją. Substancja mózgowa obrzękła wypięła się przez otwór opony twardej. W jednym miejscu przez otwór sączyła się masa podobna do ropy (badana później przez kol. Jastrzębskiego okazała się masą rozpadłą nowotworu). Rozszerzono otwór i wypuszczono kilkanaście $cm.^3$ tej gęstej, zielonkawej, zupełnie podobnej do ropy masy bez zapachu. Wokoło jamy, z której wydobyła się ta masa, nacieczenie gładkie z torbielowatą powierzchnią dało się wyłuszczyć. Ranę w mózgu wytamponowano i częściowo zaszyto skórą. W 2 dni po operacji mors.

Badanie pośmiertne ujawniło guz, zajmujący dolny i tylny zwój płata czołowego prawego i dwa górne zwoje płata skroniowego prawego. Badanie guza (Jastrzębski) wykazało, że budowa jego odpowiada nadnerczakowi.

Przypadek zasługuje na uwagę pod tym względem, że sprawa uszna zaciemniała sprawę nowotworową. Z początku myślano raczej o rozpoznaniu nowotworu mózgu, wobec wybitnej tarczy zastoinowej i objawów wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego. Lecz obojętny wynik naświetlania prom. Roentg., bolesność wyrostka sutkowego pr., wystąpienie porażenia połowiczego lewostronnego, skłoniło do wykonania radykalnej operacji usznej. I ona rezultatu żadnego nie dała. Nastąpiło pogorszenie: utrata wzroku. Ta okoliczność zmusiła do trepanacji czaszki, która istotę sprawy wyjaśniła. Wreszcie należy zaznaczyć, że badanie pośmiertne nie wykazało w siodle tureckim tych zmian, o jakich wyżej była mowa.

W rozprawie Jastrzębski zaznacza, że nowotwór zawierał b. dużą ilość barwika, wskutek czego rozpoznanie wahało się między czerniakiem a nadnerczakiem. Za tym ostatnim przemawia wielopostaciowość komórek.

Bregman podkreśla, że od początku skłaniano się do rozpoznania guza, lecz wobec ujemnego wyniku leczenia promieniami R. z jednej strony, a objawów usznych z drugiej, poddano chorego radykalnej operacji ucha. Ponieważ i ta nie dała żadnego wyniku, dokonano trepanacji dekompresyjnej.

Higier ostrzega przed stawianiem wniosków z tak niepewnych objawów radiologicznych, jak zniszczenie wyrostków pochyłych siodła tureckiego, tworów bardzo delikatnych. Objawy ogniskowe mogą być następstwem wodogłowia.

Flatau zaznacza, że, podejrzewając ropień mózgu, należało wykonać badanie krwi na liczbę ciałek białych. Ropniom mózgu towarzyszy bowiem zawsze leukocytoza. Zapytuje, jak tłumaczyć w danym przypadku sztywność karku. Jest zdania, że w przypadkach analogicznych należałoby stosować igły radowe, wkłuwane do guza.

Zandowa tłumaczy sztywność karku oraz pleocytozę podrażnieniem opon lub też przerzutami nowotworu do opon.

Goldflam zaznacza, że rozpoznanie guza nie ulegało żadnej wątpliwości, gdyż ciepłota ciała była normalna, a tak wybitnej zastoiny tarcz nie spostrzega się nigdy w przypadkach ropni mózgu. Podkreśla obecność obj. Babińskiego przy tak powierzchownem umiejscowieniu guza. Radzi też, by do radiogramów nie przywiązywać nazbyt wielkiej wagi.

Bregman zgadza się z uwagami dotyczącemi roentgenogramów. Zwężenie pola widzenia tłumaczy zmianami w tarczach nerwów wzrokowych. Sztywność karku mogła powstać wskutek wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego; pleocytoza wywołana została podrażnieniem opon.

Herman. **Przypadek operowanego guza rdzenia.**

S. Tem., lat 18, dawniej zawsze zdrowa. Chora od dn. 8.IX.24, kiedy nagle, po dłuższej przechadzce, poczuła silny ból w krzyżu opasujący i promieniujący do miękkich części ud. Jednocześnie nastąpiło zatrzymanie moczu na 2—3 dni. Bóle nie ustępowały; jednak w ciągu 4-ch tygodni chodziła i pracowała, przyczym nie zauważyła osłabienia kończyn. Dopiero w piątym tygodniu choroby (2 tygodnie przed przybyciem do Szpitala) wystąpiło osłabienie lewej kończyny dolnej, które w ciągu kilku dni zamieniło się w całkowity bezwład. Po 10 dniach (w 7-ym tygodniu choroby) dołączyło się osłabienie k.d.pr.

St. ob. Narządy wewnętrzne bez zmian. P. 96. Ciepłota podgorączkowa, niekiedy 38,2°. Kręgosłup: nieznaczne wygięcie boczne prawostr. w dolnej cz. grzbietowej; podczas ruchów widać, że chora oszczędza część grzbietowo-lędźwiową kręgosłupa.

Ukł. nerw.: n. czaszkowe bez zmian, kkg. bez zmian. Odruchy okostnowe, z triceps, brzuszne—zachowane. Kk. dolne: prawa — ruchy czynne w dużych stawach zachowane, w skokowym — rozgięcie zniesione, zgięcie możliwe, w palcach — rozgięcie słabe, zgięcie dobre; lewa: napięcie słabe, Heilbronner +, zupełny bezwład. Odruchy: PR—brak, AR—brak, podeszwowe — arefiexia obustronnie; innych odruchów niema. Czucie zachowane. Odruch analny słaby. Odruchów obronnych niema.

Oddziaływanie elektr. +. Pirquet (—). Wasserman we krwi i płynie (—). Roentgen — bez zmian. Mocz bez zmian.

23.X. PL.— płyn ksantochromiczny, 16 limf. N-Ap (+++).

28.X. P. suboccip.—płyn bezbarwny, N-Ap. (—), limf. 3. Lipjodol: na zdjęciu zatrzymanie lipjodolu na wysokości XI kręgu grzbiet.

30.X. Pogorszenie: pr. kończyna również bezwładna.

1.XI brak już dolnych brzusznych odruchów. Czucie bólu osłabione na stopach i goleniach, cieplikowe aż do plica glutuealis. Odleżyny.

3.XI. Płyn m.-rdz. ksantochr. 3 limf. N A ++. Lipjodol lędźwiowo, pozycja Trendelenburga; na zdjęciu zatrzymanie lipjodolu od dołu na wysokości I kr. lędźw. (na XI grzb. lipjodol zastrzymuje się nadal).

28.XI. Operacja (dr. Lubelski). Usunięto początkowo wyrostki kolczaste 12 grzb., 1 i 2 lędźwiowego. Rdzeń tu nie pulsował. Usunięto dalej wyrostki XI i X grzb. i po przecięciu od strony lewej 2 korzeni w przednich oraz lig. dentatum, zauważono na boczno-przedniej powierzchni guz z masy nowotworowej o długości 3 cm. (wielkości kasztanu), która przerastała rdzeń. Dolny biegun nowotworu na tępo odłączono, górny zaś, zrośnięty z rdzeniem na przestrzeni kilku mm., odcięto nożyczkami.

Badanie drobnowidowe wykazało glejak.

Z przebiegu zasługuje na uwagę szybki przebieg, nagły początek, szybkie znikanie odruchów. H. zastanawia się następnie, czy można na podstawie wyżej wskazanych zmian wyciągnąć wnioski dla różniczkowego rozpoznania pomiędzy guzem wewnątrz i zewnątrzrdzeniowym, ponieważ, jak w danym przypadku, nowotwór znajdował się w głównej swej masie wewnątrz rdzenia i nie był zrośnięty z oponami. Szybki przebieg (6 tyg.), zanik wszelkich odruchów obok ustąpienia objawów bólowych w okresie wstępnym, nieznaczne bóle w stosunku do umiejscowienia lędźwiowego w przebiegu dalszym, przesuwanie się objawów ku górze (zanik poprzednio zachowanych odruchów brzusznych), wreszcie okolica lędźwiowa— wszystkie te cechy razem wzięte przemawiają raczej za guzem wewnątrzrdzeniowym, niż za zewnątrzrdzeniowym.

W rozprawie Flatau zaznacza, że tak szybkiego rozwoju sprawy chorobowej w przypadkach guzów rdzenia zazwyczaj się nie spostrzega, dlatego też rozpoznanie nie było łatwe. Próba lipjodolowa odegrała tu ważną rolę. Odstęp między górnym i dolnym słupem lipjodolu wskazywał na nowotwór. Uważa, że i ten przypadek nadawałby się do leczenia radem, który należałoby wprowadzić wprost do kanału.

Bychowski (sen.) zwraca uwagę, że nie należy zarzucać próby Queckenstedta.

Bregman uważa, że próba Queckenstedta daje wyniki niepewne i nie może decydować o rozpoznaniu. Badanie za pomocą zastrzykiwań lipjodolu powinno być obecnie stosowane w każdym przypadku, w którym podejrzewa się nowotwór rdzenia, zarówno w praktyce prywatnej, jak i szpitalnej. W pokazanym przypadku zasługuje na uwagę duża odległość pomiędzy górną i dolną granicą. Przemawia to raczej za sprawą wewnątrzrdzeniową. W przypadku, pokazanym na poprzednim posiedzeniu przez kol. Neudingową, w którym dalszy przebieg przechylił rozpoznanie na stronę guza wewnątrzrdzeniowego, odległość ta wynosiła również 1— 1½ kręgu.

Goldflam przyznaje, że w pokazanym przypadku rozpoznał zrazu sprawę zapalną, a nie nowotworową. Próba lipjodolowa przemawia za guzem, nie rozstrzyga jednak, czy to będzie guz wewnątrz czy zewnątrzrdzeniowy.

Sterling Wł. **Zespół karłowatości na tle zwyrodnienia dziedzicznego.**

Chłopiec 6 letni. Rodzice są kuzynami w pierwszej linji. Dziecko do 4-go roku życia rozwijało się normalnie. Miało obfite uwłosienie na głowie i widziało dobrze. W tym okresie chłopiec zaczął nagle coraz gorzej widzieć i stracił wszystkie włosy na głowie. Dotąd niema ani jednego zęba. Wzrost karłowaty. Czaszka poligonalna, wybitnie zniekształcona, przedzielona przez szew wieńcowy na 2 części, z których tylna jest conajmniej dwa razy większa od przedniej. Guzowata powierzchnia czaszki. Nos zapadnięty u nasady. Wygląd twarzy starczy. Worki skórne, w kształcie trójkątów, poniżej łuków nadbrewnych, pokrywające górne odcinki powiek. Liczne fałdy i brózdy na powiekach, czole i policzkach. Nadmierny rozwój dolnej wargi, zwisającej, jak u buldoga. Uszy zawinięte ku dołowi. Strome podniebienie twarde z głęboką podłużną brózdą w części przedniej i środkowej. Język cienki, bardzo długi i niezmiernie szeroki. W dziąsłach ani jednego zęba. Brzuch wzdęty, jak balon. Dodatkowa brodawka sutkowa prawostronna. W okolicy dolnej czołowej ciastowate zgrubienie skóry, jakby obrzęk śluzowy. Prawie zupełny brak włosów na czaszce i tułowiu. Visus utr. = 0; zanik prosty tarcz. Inne nerwy czaszkowe +. Objaw Chwostka +. Kolosalna hypotonja mięśniowa. Odruchy kolanowe i Achillesowe = 0. Podeszwowe minimalne. Narządy wewnętrzne +. Inteligencja ponad wiek i odpowiada poziomowi lat 11. Płciowość przedwcześnie rozbudzona.

Poncz. **Przypadek porażenia lewostronnego z objawami ocznymi i zespołem ataktycznym.** (Z oddz. L. Bregmana).

K. F., lat 50, zapisała się dn. 20.IX.24 r. Skargi: osłabie-

nie kkl., bóle i zawroty głowy, osłabienie wzroku i podwójne widzenie.

Zachorowała nagle; tydzień przed przybyciem do Szpitala poczuła osłabienie w lkg., niebawem wystąpił bezwład lkd. Jednocześnie prawa powieka górna opadła, zaczęło się dwoić w oczach. Już 3 miesiące przedtym dokuczały jej przemijająco silne bóle i zawroty głowy. Pamięć też osłabła, władze umysłowe uległy upośledzeniu. Tak silnych bólów i zawrotów głowy, jakie ma od dnia udaru, przedtym nigdy nie doznawała. Chorob wenerycznych, poronień nie było. Alkoholu nie nadużywała.

St. ob. Chodzi. Prawa powieka górna opuszczona. Ruchy gałek ocznych: prawą nie porusza, lewą nie porusza ku górze, a ku dołowi — w stopniu niedostatecznym. Źrenica prawa szersza. Odczynów źrenicy prawej brak. Zez rozbieżny. Dno oczu +. Visus — $^{5}/_{30}$. Astygmatyzm. Fałd nosowo-policzkowy lewy nieco wygładzony. Przy otwieraniu ust szczęka zbacza nieco w stronę lewą. Kkg.: ruchy nieco ograniczone w stawie barkowym i paliczkowych. Siła mięśniowa lkg. < pkg. Napięcie mięśniowe lkg. < pkg. Odruchy ze ścięgna mięśnia dwugłowego, trójgłowego i z okostnej kości promieniowej — po lewej stronie nieco słabsze. W zakresie czucia głębokiego nieznaczne upośledzenie lkg. Badanie tu utrudnione z powodu stanu umysłowego chorej. Próba palec — nos: zbaczanie i drżenie w lkg. Adiadochokinesis słabego stopnia w lkg. — Kkd.: ruchy czynne w stawie biodrowym lewym oraz palcach u stopy lewej nieco ograniczone. Napięcie mięśni — obustr. norm. Siła mięśni lkd. < pkd. Odruchy: rzepkowy i ze ścięgna Achillesa po stronie prawej nieco żywsze. W zakresie czucia głębokiego minimalne zaburzenia w lkd. Chód powolny, zbacza nieco w stronę lewą, lewą nogą nieco powłóczy. Obj. Romberga +. Obj. Babińskiego —. W płynie mózgowo-rdzeniowym: odcz. N.-Ap. —; odcz. Pandy'ego —; 3 limfocyty w 1 mm^3, białka 0,16%. Odcz. Wassermana w płynie: w dawce 1,0 — ++++, w dawce 0,6 — +++, w dawce 0,2 — +; we krwi ujemny. Wybitne zaburzenia pamięciowe; dezorjentacja w stosunku do otoczenia; rachuje źle, pomimo średniego wykształcenia. Ze względu na odczyn Wassermana w płynie mózgowo-rdzeniowym, poddano chorą energicznej kuracji przeciwkiłowej. Wzrok i psychika bez poprawy, natomiast zmniejszyły się w znacznym stopniu objawy bezładu i niedowładu w lkk.

Wnioski: 1) Ze względu na wybitny odczyn Wassermana w płynie mózgowo-rdzeniowym, stan psychiczny, ustąpienie objawów niedowładu i ataktycznych po leczeniu przeciwkiłowym, a z drugiej strony, ze względu na nagły początek, należy sądzić, że mamy tu do czynienia ze sprawą na-

czyniową pochodzenia kiłowego. 2) Ponieważ najcięższe zmiany dotknęły oka prawego, a objawy paretyczne i ataktyczne wystąpiły w lkk., należy sądzić, że ognisko chorobowe umiejscowiło się w szypułce mózgowej (hemiplegia alternans, typ Webera). 3) Rzecz ciekawa, że tu porażenie mięśni ocznych nie ograniczyło się do oka prawego, lecz dotknęło również oka lewego. 4) Wszystko wskazuje na to, że ognisko jest nie u podstawy mózgu, lecz głębiej, być może w okolicy czepca (wybitne zaburzenia ataktyczne i zaburzenia czucia głębokiego lkk. obok nieznacznego niedowładu oraz częściowego porażenia również i mięśni oka lewego). P. sądzi, że przebieg naczyń w tej okolicy — niektóre z nich przechodzą z jednej 1/2 mózgu do drugiej—może powodować zajęcie mięśni obu gałek ocznych.

Bregman uważa, że—co się tyczy anatomicznego podłoża—to możliwe, iż wobec sprawy u podstawy, zatkać się tu mogło nie jedno naczynie. Z drugiej strony, wobec tego, że w l. oku mamy porażenie tylko patrzenia ku górze i ku dołowi—możliwa rzecz, że mamy do czynienia z porażeniem nadjądrowym torów skojarzeniowych patrzenia ku górze i ku dołowi.

Flatau zgadza się z rozpoznaniem sprawy kiłowej, przypuszcza jednak, że zajęta jest cała podstawa mózgu, a nie jedna tylko połowa. Brak zaburzeń czucia, drżenia i objawów móżdżkowych przemawia przeciw zajęciu pokrywki. Przypuszczenie, że naczynia rozchodzą się tu w obie strony, nie wytrzymuje krytyki.

Bregman umiejscawia sprawę chorobową w szypułce. Przeciw zajęciu podstawy mózgu przemawia brak objawów ze strony większej liczby nerwów czaszkowych oraz nieznaczny niedowład lewostronny przy dużym bezładzie. Br. przypuszcza, że na tle kiły powstały rozsiane sprawy naczyniowe, których wyrazem były bóle i zawroty głowy, zanik pamięci i otępienie umysłowe, poprzedzające wystąpienie ogniska w szypule mózgowej.

Maksymiljan Cyterman.

30 stycznia 1925 r. oddaliśmy ziemi zwłoki doktora Maksymiljana Cytermana, zmarłego po wielu latach ofiarnej pracy szpitalnej.

Dr. Cyterman urodził się w 1876 r. w Częstochowie, tam też gimnazjum ukończył. W 1900 r. zostaje lekarzem w Warszawie i rozpoczyna pracę żmudną zawodu lekarskiego na oddziale wewnętrznym w Szpitalu Św. Ducha. Po 2 latach przechodzi na stałe do Szpitala na Czystem, gdzie wsprzęga się do pracy na oddziałach ginekologicznym i położniczym. Przez szereg długi lat pełni tu obowiązki odpowiedzialne najbardziej zaufanego współpracownika (na oddz. Jurowskiego i Altkaufera). Zostaje niebawem kierownikiem szkoły akuszeryjnej i zakładu położniczego prywatnego. Zaciąga się do pracy społecznej w Tow. „Bratnia Pomoc". Wojna japońska odrywa go od warsztatu pracy w Szpitalu, lecz wraca tu i pełen energji znów staje w szeregu i jest nadal jednym z najsumienniejszych lekarzy szpitalnych. Rok 1914 zmusza Cytermana, jak wielu innych, do powtórnego porzucenia warsztatu pracy w kraju; idzie na wojnę światową. Wraca zmęczony, lecz nie porzuca służby szpitalnej, pracuje tu do 1923 r. Zostaje członkiem zarządu Tow. „Bratnia Pomoc" i nadal, z zaparciem się siebie, niesie prawie bezinteresownie pomoc ubogim w instytucjach filantropijnych i społecznych.



Zmarły był członkiem Warszawskiego Stowarzyszenia Lekarzy i Towarzystwa Medycyny Społecznej.

Zasłabł śmiertelnie na stanowisku, ratując życie położnicy i jej dziecka.

Cześć pamięci dzielnego lekarza i szlachetnego człowieka.

SPROSTOWANIE.

W Zeszycie I-ym Tomu IV-go Kwartalnika (1925 r.) na str. 51 w sprawozdaniu z demonstracji kol. Mutermilcha: „Pokaz chorej z gu-

zem niezwykłych rozmiarów w jamie brzusznej", opuszczono zakończenie streszczenia opisu, co uważamy za słuszne tu uzupełnić. (*Redakcja*)

„**W czynnościowym badaniu nerek** okazało się, że prawa jest znacznie upośledzona (ucisk? przejściowe?) **Pyelografja** — bez wyniku ze względu na zasłaniający wszystko cień guza. **Badanie ginekologiczne:** macica mała, wolna; prawy jajnik bez zmian; lewy—trudno było wyraźnie namacać; sklepienia wolne. M u t e r m i l c h z zastrzeżeniem—ze względu na rozmiary guza oraz biorąc pod uwagę wyniki badania klinicznego, topografję, formę, konsystencję guza — stawia przypuszczalne rozpoznanie: guz wątroby o charakterze złośliwym. O wyniku operacji zda sprawę w swoim czasie 3.X.24 M u t e r m i l c h wykonał laparotomję; guz okazał się wątrobą nowotworowo (rak) zwyrodniałą, ściśle zrośniętą z prawą nerką. Pęcherzyk żółciowy bez zmian, wolny, jak również przydatki. Śledziony namacać nie można było. W jamie otrzewnowej sporo płynu surowiczego, krwawo zabarwionego".

TREŚĆ NUMERU.

SOMMAIRE:

Redaktor: **J. Rotstadt**.

Komitet Redakcyjny. **E. Flatau, Wcł. Sterling, J. Szwajcer.**

Adres Redakcji i Administracji:
Szpital Starozak., Pawilon IX, Oddział Terap. i Fizykalnej, tel. 507-12. Dr J. Rotstadt.

Skład Główny: w Księgarni „Polska Składnica Pomocy Szkolnych" **Marszałkowska 143, tel 40-64.**

„Drukarnia Krajowa" w Warszawie, Żelazna 89, tel. 18S-70.

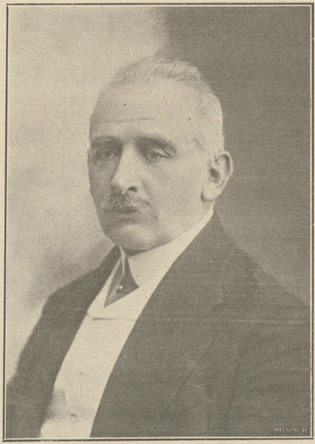
LEKARZOWI NACZELNEMU

PANU DOKTOROWI

JAKÓBOWI SZWAJCEROWI

W 45-tą ROCZNICĘ PRACY SZPITALNEJ

Lekarze Szpitala.



29 czerwca r. b. Szpital na Czystem obchodził uroczystość jubileuszu 45-lecia pracy d-ra Jakóba Szwajcera, swego Lekarza Naczelnego. Jubileusz ten obudził żywe zainteresowanie w sferach lekarskich i w całym społeczeństwie. A stało się tak w wyniku wieloletniej pracy ożywionej zawsze szczerą chęcią służenia dobru społecznemu, zarówno na polu lekar-

skim, jak i społeczno-higjenicznym. Działalność swą rozpoczął czcigodny Jubilat prawie zaraz po ukończeniu wydziału lekarskiego, gdy z konkursu został ordynatorem Szpitala Wolskiego. Po kilkunastu latach objął obowiązki lekarza naczelnego w Szpitalu Zapasowym (dziś Ś-go Stanisława), skąd po 10 latach przechodzi na takież stanowisko do Szpitala Starozakonych na Czystem, które i obecnie zajmuje. Pomimo odpowiedzialnych obowiązków, Jubilat miał zawsze czas na prace naukowe, z których 21 ogłosił w piśmiennictwie naszym, a które omawiają zagadnienia kliniki i anatomję patologiczną duru brzusznego, wysypkowego, i powrotnego, cholery, czerwonki, grypy, szczepień ochronnych. Inne znów prace dotyczą szpitalnictwa i higjeny. Pozatym, jako czynny członek wielu instytucji naukowych lekarskich, powoływany był do 29 różnych komisji rządowych i miejskich w sprawach szpitalnych i higjeniczno-społecznych.

Społeczeństwo godnie uczciło tę pracę w dzień jubileuszu, który rozpoczęła akademja w gmachu Szpitala w obecności bardzo licznego audytorjum przedstawicieli różnych sfer społeczeństwa. Za stołem prezydjalnym, obok Jubilata, zasiedli: przedstawiciel Gen. Dyrekcji służby zdrowia dr. Adamski, prezydent miasta inż. Jabłoński, rektor Uniwersytetu prof. Krzyształowicz, prezes Naczelnej Izby Lekarskiej dr. Bączkiewicz, prezez Warsz. Tow. Lek. prof. Sawicki, prof. Gluziński, lekarz naczelny Szp. Dz. Jezus dr. Puławski, prof. Dickstein, b. wieloletni ordynator Szpit. Starozakonnych, weteran powstania 1863 r., dr. Leon Goldsobel, dr. J. Kramsztyk, kurator Szpitala inż. Weisblat, red. dr. Srebrny i inn.

Posiedzenie uroczyste otworzył w imieniu komitetu ordynatorów dr. Luxenburg przemówieniem, w którym podkreślił szczególnie ofiarną zawsze pracę Jubilata obok niezwykłej skromności i wiary w wiedzę lekarską i wysokie posłannictwo stanu lekarskiego. Następnie podnosili zasługi Jubilata dr. Adamski, inż. Jabłoński, dr. Bączkiewicz, (który wręczył Jubilatowi dyplom członka honorowego Warsz. Tow. Hygjen.) prof. Sawicki, dr. Knappe, dr. Robin, dr. Srebrny, dr. Puławski, dr. Meerson, inż Weisblat, dr. Natanson, dr. Goldstein, Miss Greenwald (z ramienia Szkoły pielęgniarskiej), intendent Szpitala Fliederbaum, felczer Lewkowicz, robotnik Wysocki.

Dla upamiętnienia jubileuszu ordynatorzy Szpitala zebrali między sobą fundusz na zaopatrzenie naukowe jednej z sal nowobudującego się w Szpitalu instytutu patologicznego, w której wmurowana będzie tablica z odpowiednim napisem.

Nadeszły bardzo liczne powinszowania z kraju i zagranicy. Gorąco łączy się z niemi i „Kwartalnik Kliniczny", którego inicjatorem i założycielem był Szanowny Jubilat.